ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

1

ЯНВАРЬ

МЕДГИЗ · 1947

Ж 21.

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

1

ЯНВАРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ —1 94 7 —МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Отв- редактор *Е. И. Смирнов* Техн, редактор *А.* Ф. *Аксенов*

Издается с 1823 г. Сдано в пропав. 12/ХП 1946 г. Подп. к пек. 12/11 1947 г.
А 00855. Ф. бум. 70ХЮ8/16 Печ. л. *4.* Учетно-изд. л._6,4 Зн. в 1 п. л. 65 000
Тираж 8 800 экз. Цена 2 руб. Заказ 623

13-я тип. треста «Полнграфкннга» ОГИЗа при Совете Министров СССР. Москва.
Денисовский. 30

Генерал-полковник мед. службы Е. И. СМИРНОВ

ПАМЯТИ ВРАЧА-БОЛЬШЕВИКА, ПЕРВОГО ОРГАНИЗАТОРА СОВЕТСКОЙ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ З. П. СОЛОВЬЕВА

6 ноября >1928 г. в расцвете творческих сил умер один из основоположников советского здравоохранения Зиновий Петрович Соловьев. Это имя хорошо известно всей советской медицинской общественности. Память о нем как о действительном организаторе советской военной медицины особо бережно хранят военные врачи.

З. П. Соловьев являет собой чрезвычайно яркую личность. Со студенческих лет подвергавшийся репрессиям царского правительства за свою революционную деятельность, он еще до Великой Октябрьской социалистической революции был достаточно образованным врачом-марксистом. С первых лет своей врачебной деятельности З. П. Соловьев про-

явил интерес к широкими проблемам здравоохранения, не замыкаясь в рамки узкопрактической деятельности. Работая санитарным, а потом и участковым врачом, он на практической работе убедился в правильности марксистски обоснованного положения, что причины массовой заболеваемости, высокой смертности кроются в социально-экономическом укладе и политическом строе царской России и что только пролетарская социалистическая революция способна создать все необходимые условия для подлинного оздоровления трудового населения.

Все свои силы, все свои недюжинные способности организатора, всю целеустремленность 3. П. Соловьев отдает делу развития общественной медицины. Невзирая на репрессии, не считаясь с трудностями, 3. П. Соловьев, пользуясь легальными и нелегальными возможностями, борется с реакционными и мелкобуржуазными тенденциями в медицине, раскрывая истинные причины непрекращающейся инфекционной заболеваемости среди населения.

Медицинские работники Советской Армии знают 3. П. Соловьева как основоположника советской военной медицины, как первого большевистского руководителя 'медицинской службы Рабоче-крестьянской Красной Армии. 3. П. Соловьев возглавил медицинскую службу РККА в тяжелейшую для страны зиму 1919—1920 г.г. До этого на своем жизненном пути 3. П. Соловьев имел возможность познакомиться с некоторыми вопросами военной медицины и на коротком личном опыте испытал многие недостатки военно-медицинской организации царской армии в годы русско-японской войны, работая в Маньчжурии в качестве врача передового отряда Красного Креста. В годы первой империалистической войны он становится секретарем врачебно-санитарного отдела Главного комитета Всероссийского земского союза. Многообразная работа проводится на этом поприще 3. П. Соловьевым. Он руководит созданием и деятельностью различных лечебных, санитарно-гигиенических и эпидемиологических учреждений, обеспечивавших действующую армию и гражданское население, пострадавшее от войны. По должности обеспечивая нужды армии, 3. П. Соловьев знакомился и изучал некоторые разделы сложной и многообразной деятельности воен но-меди пинской службы.

После Великой Октябрьской социалистической революции, будучи назначен заместителем народного комиссара здравоохранения молодой советской республики, 3. П. Соловьев непосредственно занимался военно-санитарными вопросами. В эти годы вся страна представляла вооруженный лагерь. Естественно, что дело здравоохранения, потребовавшее коренной ломки организационных принципов и создания новой советской системы здравоохранения, также решалось в свет₽ военных задач, стоявших перед республикой. Не руководя непосредственно военно-с а янтарным делом, 3. П. Соловьев уделял большое внимание санитарно-гигиеническому обеспечению только что народившейся Рабоче-крестьянской Красной Армии.

Зима 1919 г. Советская республика окружена врагами. Население 1! армия испытывают тяжелую нужду: нехватает продуктов, одежды, топлива. В стране и армии начались эпидемии. Вошь и сыпной тиф стали непосредственной угрозой революции. В. И. Ленин был вынужден призвать весь народ бороться с эпидемией сыпного тифа. Красная армия, голодная и плохо вооруженная, ожесточенно сражалась с интервентами и внутренней контрреволюцией. Тяжелое материальное положение армии крайне осложнялось эпидемией сыпного тифа; она косила ряды бойцов, ослабляла и обескровливала действующую армию. Для борьбы с эпидемиями наша партия мобилизует лучшие силы. Борьба с сыпным тифом становится делом большой государственной важности. В этих чрезвычайно сложных условиях медицинскую службу Рабоче-крестьян-

ской Красной Армин возглавил 3. П, Соловьев — крупный государственный деятель, высоко одаренный организатор и всесторонне образованный врач. Сейчас трудно представить себе всю сложность обстановки, в которой работала молодая медицинская служба, руководимая 3. П. Соловьевым. Нехватало самого необходимого: не было мыла, белья, недоставало медикаментов, топлива и пр. Мало было преданных делу молодой Советской республики врачебных кадров, крайне слаба была медицинская служба армии, не имевшая еще ни четкой организации, ни разработанной системы лечебно-эвакуационного и противоэпидемического обеспечения боевых действий, войск. И в этих тяжелых условиях, в условиях голода и холода, ощущая нехватку в самом необходимом, нужно было организовать дело оказания помощи раненым и победить страшного врага молодой Советской Армии — эпидемию сыпного и возвратного тифа.

Характеризуя трудности этого периода, Зиновий Петрович писал: «... нужно было заново, полностью, сверху донизу воздвигать камень за камнем весь административный, лечебный, санитарный и снабженческий аппарат».

С исключительной энергией, настойчивостью и знанием дела 3. П. Соловьев в короткий срок организовал специальные санитарные отряды по борьбе с эпидемиями, изыскал необходимые ресурсы для развертывания большой коечной сети и банно-прачечных учреждений. Была разработана система противоэпидемических мероприятий, обеспечившая проведение всех предупредительных мер. Большой заслугой 3. П. Соловьева является настойчивое внедрение массовой вакцинации в армии против брюшного тифа и паратифов.

Масштабы организационной деятельности молодой медицинской службы Красной Армии 'Можно проиллюстрировать следующими примерами: в течение нескольких месяцев коечная сеть с 158000 увеличивается до 400 000; Красная Армия получает банно-прачечные средства в количестве, полностью обеспечивающем ее потребность; вакцинация против брюшного тифа и паратифов в 1918 г. охватывала всего 140 бойцов на 1 000, а в 1920 г. — уже 700 на 1 000. В 1921 —1922 гг. вакцинацией против брюшного тифа и паратифа охватывается весь личный состав Красной Армии.

Напряженная, правильно и четко организованная работа дала положительные результаты: эпидемии пошли на убыль и вскоре после гражданской войны были окончательно ликвидированы.

Зиновий Петрович, оценивая проделанную работу, писал: «Потребовались долгие месяцы упорной борьбы, чтобы окончательно победить наступающего на нас паразита. Борьба эта требовала немало энергии, настойчивости и полной преданности делу. Наибольшую тяжесть в этой борьбе вынес врач и врачи Красной Армии в первую очередь. Трудными путями в тяжелейших условиях вели они свою ответственную, редко яркую, но всегда незаметно нужную работу».

Медицинская служба Красной Армии прекрасно усвоила опыт борьбы с эпидемиями. Все последующие годы мирного строительства, а затем и в годы Великой отечественной войны Красная Армия не знала уже больших эпидемий. Это доказывает, что медицинские работники Красной Армии научились правильной организации противоэпидемической работы, и их первым учителем по праву должен считаться 3. П. Соловьев.

По окончании гражданской войны 3. П. Соловьев развивает научные основы воен но-медицин ской организации. Свое внимание и усилия он направляет на теоретическую и практическую подготовку военных врачей, на овладение ими основами военно-медицинской службы. Переход армии на мирное положение ставил перед медицинской службой новые

задачи. Основы и принципы организации медицинской службы царской русской армии были негодны. Нужно было изучить их и коренным образом переделать в соответствии с большевистской идеологией, с общими принципами советского здравоохранения и совершенно новым отношением к рабочим и крестьянам, «одетым в солдатские шинели».

Энергично и вместе с тем планомерно боролся 3. П. Соловьев за перестройку медицинской службы Красной Армии. На съездах, совещаниях, в прессе, в повседневной работе он развивал новые идеи, обосновывал новые принципы, определял задачи и пути их осуществления, доказывал и убеждал сомневавшихся старых специалистов, учил и воспитывал молодых военных врачей и, наряду с этим, учился сам военно-медицинскому делу.

Круг вопросов, которыми непосредственно занимался 3. П. Соловьев, трудно перечислить. И в теоретических вопросах, и в крупных организационных мероприятиях, и в разработке деталей повседневной деятельности медицинской службы — всюду чувствовалась его организующая роль, твердая рука и большевистская воля, его мудрое слово.

Особый интерес представляют высказывания 3. П. Соловьева по вопросам подготовки военных врачей, не потерявшие своей актуальности и в настоящее время. Всем известен старый русский военный доктор, совершенно не владевший знаниями военного дела, не интересовавшийся ими, не умевший разобраться в оперативной и тактической обстановке и потому лишенный возможности правильно организовать медицинское обеспечение боя. Вдумчивый и наблюдательный 3. П. Соловьев, изучив прошлое, своим прозорливым оком сумел заглянуть в будущее и понять, каким должен быть военный врач Красной Армии. Он настойчиво пропагандировал мысль о том, что медицинская служба Красной Армии должна иметь специально подготовленных военных врачей, что нам нужен врач, понимающий военное дело и умеющий разобраться в боевой обстановке. Он доказывал, что «вопросы санитарной подготовки войск, сбережения здоровья бойцов, эвакуации, организации специальных видов врачебной помощи и т. д. требуют от военного врача широкого медицинского и одновременно военного образования». Он справедливо говорил: «Особенность современного военного дела в том и заключается, что теперешний бой не терпит на поле слепых и механических исполнителей. Каждый шаг и действие каждого участника боя должны быть проникнуты сознательной активностью, строго продуманы и крепко согласованы с планом и развертыванием боя». В то время это были новые идеи, коренным образом менявшие представления о профиле военного врача, о его роли в системе вооруженных сил. Тогда не только врачи, но и командиры Красной Армии в массе своей по-иному представляли себе задачи военного врача. Сейчас нам особенно ясно и понятно, насколько прав был 3. П. Соловьев, выдвинувший требование дать нашей армии н флоту «врачей-специалистов военно-санитарного дела, обладающих серьезной и специальной подготовкой, способных итти вровень с ходом военной мысли и дела, могущих созидать и развивать военно-санитарное дело и быть в полной мере активными участниками войны». Его усилия в этом направлении дали должный эффект и сыграли немалую роль в достижении успехов медицинской службы Красной Армии в Великой отечественной войне.

3. П. Соловьев как настоящий организатор-большевик не ограничился пропагандой своих взглядов. Он создал необходимые условия для того, чтобы «от слов перейти к делу». По инициативе 3. П. Соловьева руководящие работники медицинской службы Красной Армии повышали свою военную квалификацию па академических курсах при Военной академии им'ени Фрунзе. С этой же целью по его указанию были изменены программы Военно-медицинСкой академии и учрежден самостоятельный

□суре военно-санитарной администрации и санитарной тактики. Поворот Военно-медицинской академии к подлинной военизации, к внедрению в программы обучения элементов военно-медицинской подготовки в объеме задач войсковой медицинской службы неразрывно связан с именем 3. П. Соловьева. Мероприятия по высшей военно-медицинской подготовке руководящего состава военно-медицинской службы нашей армии, выразившиеся в реорганизации Воен но-медицинской академии им. С. М. Кирова, проведенной нами в 1942—1943 гг., являются дальнейшим развитием принципиальных установок 3. П. Соловьева.

Следует отметить, что 3. П. Соловьев еще в 1924 г. писал о необходимости, наряду с подготовкой военного врача-специалиста, дать элементарную военно-санитарную подготовку каждому врачу, заканчивающему медицинскую школу. «Предполагается необходимость,—.писал 3. П, Соловьев, — давать всякому студенту-медику, проходящему курс высшей медицинской школы, элементарное знакомство с военно-санитарным делом... Такого рода знакомство должно рассматриваться, однако, отнюдь не как подготовка специалистов, но лишь как предпосылка для рационального укомплектования армии военного времени людьми... становящимися в ее ряды». Кое-какие мероприятия в этом отношении были осуществлены еще при жизни 3. П. Соловьева, но только 20 лет спустя удалось поставить преподавание элементов военно-медицинской подготовки в гражданских медицинских вузах на должную высоту.

3. П. Соловьева, широко известного своей яркой практической деятельностью, справедливо называют теоретиком советской медицины. Н. А. Семашко назвал его «собирателем советской медицины, одним из ее столпов и основоположников». Однако (можно с уверенностью сказать, что и в теоретической разработке принципиальных вопросов военно-медицинской службы ему принадлежит ведущее место. В многочисленных статьях и речах он пропагандировал научные основы организации медицинской службы армии, намечал и научно обосновывал пути и принципы, на которых должна строиться я развиваться система «военного здравоохранения». Революционер-мыслитель, работавший много лет в гуще народа, он ясно понял узость и бесперспективность лечебной (медицины в отрыве от профилактики, широких оздоровительных мероприятий. Исходя из марксистской идеологии, он изучал и разрабатывал вопросы большой принципиальной важности — социально-экономические основы здравоохранения. На этой базе он обосновывал сущность профилактических начал советской «медицины и построение системы советского здравоохранения.

На диспуте о кризисе в медицине, происходившем в 1927 г., 3. П. Соловьев, заканчивая свою речь, говорил: «... что же должно быть задачей этой современной клинической медицины? Такой задачей, кратко формулированной, будет лозунг: «Предупреждая, лечить...»

Далее он говорил: «Задачей каждого клинициста, задачей каждого профессора должно быть поставлено достижение полной ясности в вопросе о том, что такое синтез лечебной и профилактической медицины, каким образом синтезировать эти два понятия в области теоретических представлений и в области практической нашей деятельности».

Эти же принципы 3. П. Соловьев настойчиво внедрял и применял в медицинской службе армии. Отдавая должное вопросам организации лечебной помощи, он настойчиво требовал поставить военно-санитарную работу в войсках «в направлении предупреждения возможных заболеваний и обслуживания красноармейца, в направлении создания из него мощного, гармонически развитого человека».

Раздаются отдельные голоса о том, что 3. П. Соловьев недооценивал значения лечебной медицины, не уделял должного внимания научной разработке лечебной медицины. Это неправильно, 3. П. Соловьев жил и

трудился в годы становления советской системы здравоохранения и потому вынужден был сосредоточить свое внимание на борьбе с отжившими взглядами, чтобы расчистить путь новым принципам здравоохранения. Отсюда его неутомимое пропагандирование профилактических начал в медицине, отсюда его постоянные атаки на узко лечебную деятельность, не соответствующую интересам трудящихся. Нет сомнения в том, что он понимал необходимость сочетания единства клинической медицины с профилактикой в широком смысле этого слова. Несомненно, он понимал и то, что профилактическая медицина есть высшая форма здравоохранения, что осуществление ее на практике возможно только при условии высокой, всесторонней, в том числе и клинической подготовки врачей.

Сказанное можно подтвердить постоянным и настойчивым требованием 3. П. Соловьева добиваться «Сочетания лечения с работой... по улучшению труда и быта красноармейца», его твердым убеждением, что только «сочетание лечебной и профилактической деятельности врача в единой системе составляет специфическую и неотъемлемую особенность медицины советского строя». Сочетание лечебной и профилактической деятельности врача в единой системе государственного здравоохранения у нас налицо. Это величайшая заслуга основоположников нашего советского здравоохранения, в том числе и 3. П, Соловьева.

Нам, последователям основоположников советского здравоохранения, остается архитектурно достроить это замечательное здание здравоохранения. Я имею в виду организационное единство лечебной и индивидуальной профилактической работы, недопустимость организационно отрывать поликлинику от больницы, от клиники.

Внимание, которое уделял 3. П. Соловьев вопросам организации лечебно-профилактической помощи в армии и качеству лечебной работы, лучше всего можно охарактеризовать следующими цифрами. Смертность на 1 000 человек списочного состава от болезней в 1924—1925 гг. составляла: среди начальствующего состава — 1,81, среди рядового — 2,59; в 1926—1927 гг. соответственно 1,19 и 1,21. Смертность на 1 000 заболевших в 1924—1925 гг. составляла: среди начальствующего состава—8,5, среди рядового—4,8, а в 1926—1927 гг. соответственно 6,9 и 2,6. Совершенно ясно, что такое резкое снижение смертности находится в; тесной связи с улучшением общего санита1рного состояния армии и улучшением качества лечебной работы.

Оглядываясь назад и анализируя путь, пройденный медицинской службой нашей армии под руководством 3. П. Соловьева, удивляешься огромной творческой и созидательной работе, проделанной за эти годы. Много сделано в области гигиенического обеспечения армии: разработаны гигиенические нормы казарменного строительства, нормы питания, обмундирования и оснащения; разработаны основы и системы медицинского контроля за физическим развитием, режимом труда и быта красноармейца; установлены принципы и порядок врачебного контроля за физической подготовкой.

Не менее значительны успехи медицинской службы, руководимой 3. П. Соловьевым, в деле организации лечебной помощи, сочетаемой с профилактикой и оздоровительными мероприятиями. Под его непосредственным и повседневным руководством создавалась стройная система лечебно-профилактического обеспечения, возникали новые учреждения, вырастали кадры опытных военных врачей-специалистов.

. По инициативе и указаниям 3. П. Соловьева была разработана и осуществлялась система диспансеризации начальствующего состава, начато санаторно-курортное строительство и созданы первые курортные станции в Крыму и на Кавказе, Значительно расширена и упорядочена госпитальная сеть, построено или основательно переоборудовано несколько госпиталей; большинство крупных госпиталей было обеспечено рент-

геновской и физиотерапевтической аппаратурой и клиническими лабораториями. В больших гарнизонах были открыты поликлинические отделения при госпиталях, обеспечивавшие квалифицированную помощь больным.

Особо следует остановиться на чрезвычайно ценных высказываниях 3. П. Соловьева по вопросу о лечебной работе в войсковых лазаретах и приемных покоях частей. Его принципиальные установки по этому вопросу не потеряли актуальности и в настоящее время и вполне соответствуют нашим требованиям. Анализируя данные о распределении больных по лечебным заведениям армии, он пришел к выводу, что войсковые лазареты и приемные покои должны углубить и расширить свою лечебную работу как в количественном, так и в качественном отношении. Он ставит задачу «расширения и укрепления войсковых лечебных заведений. Эта задача должна быть поставлена главнейшей задачей ближайшего времени. При ее разрешении откроются прежде всего большие возможности по углублению профилактических методов в лечебном деле, обеспечится более интенсивный рост врачебной квалификации войскового врача и более ранняя врачебная помощь заболевшим». Эти слова были написаны в 1928 г. Они показывают, как глубоко понимал 3. П, Соловьев насущные нужды Красной Армии, как далеко и правильно он заглядывал вперед, намечая задачи медицинской службы. Прошло 18 лет, но каждый, кто понимает роль и значение научных принципов организации лечебно-профилактической работы в армии для обеспечения повседневного роста квалификации врача, для его систематического всестороннего 'Медицинского воспитания на практической работе, охотно подпишется под этим исключительно глубоким высказыванием 3. П. Соловьева.

Как огромную заслугу 3. П. Соловьева нужно отметить правильное направление, какое ои придал научно-исследовательской работе, требуя постоянной и органической связи между ней и практической деятельностью медицинской службы. Он призывал профессоров Военно-медицинской академии и войсковых врачей вплотную заняться разработкой «проблем санитарно-гигиенического порядка, усовершенствования диагностических и лечебных методов, военно-санитарной тактики и организации». Он сумел добиться практических результатов в развертывании научно-исследовательской работы в нужном направлении, смог добиться вовлечения большого количества войсковых впачей в разработку актуальных проблем. Традиции, созданные 3. П. Соловьевым в области сочетания научной работы с практическими задачами службы, особо поддерживаются, бережно хранятся и развиваются нами.

С именем 3. П. Соловьева связан первый советский военно-медицинский журнал, начавший выходить в ноябре 1924 г. 3. П. Соловьев не только редактировал «Военно-санитарный сборник», но лично намечал программу журнала и часто писал в нем. Он превратил сборник в трибуну, откуда провозглашались принципиальные установки и указания, необходимые военному врачу. Он помогал военно-медицинским работникам понять насущные задачи медицинской службы, знакомил их с новейшими достижениями военной медицины, воспитывал и учил их.

Заслуги 3. П. Соловьева перед отечественной военной медициной велики. Он был первым строителем, основоположником системы медицинского обеспечения армии, которая в последующие годы совершенствовалась и развивалась и которая привела нас к известным успехам, достигнутым советской военной медициной в Великой отечественной войне.

С чувством глубокого уважения мы вспоминаем имя этого блестящего государственного деятеля, этого высокоодаренного организатора медицинской службы нашей армии. Покидая по болезни пост начальника

Военно-санитарного управления РККА, 3. П. Соловьев в приказе к работникам этого управления писал: «Еще одно чувство овладевает мною, когда я обращаюсь к вам с этими прощальными словами. Это глубокая уверенность в том, что вами всеми будут сохранены и дальше во всей полноте и крепости основные принципы военно-санитарной службы. Я убежден, что вы и дальше будете продолжать применять выработанные нами за минувшие годы методы и приемы нашей работы и укреплять дисциплину в этом отношении.

Прощаясь с вами, дорогие товарищи, я хотел бы только одного, чтобы вы сохранили то, что всегда давало мне уверенность в нашей работе: веру в дело, которому вы служите».

Мы, работники военно-медицинской службы Советской Армии, горячо верим в дело, которому мы служим, мы верим в правое, глубоко прогрессивное дело нашего советского строя, нашей могучей партии Ленина— Сталина, активным' членом и отважным бойцом которой был 3. П. Соловьев.

★

Подполковник мед. службы В. Г. ЛЫТКИН

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ЛЕГОЧНЫХ КАВЕРН ПРИ ПОМОЩИ СУПЕРЭКСПОНИРОВАННЫХ СНИМКОВ

Значение рентгеновского метода обследования в диагностике туберкулеза легких общеизвестно. Гасуль считает, что задача рентгеновского обследования заключается в том, чтобы «определить морфологию очагов в легких по их рентгеновским категориям (количество, форма, структура, местоположение) и суметь прочитать в них определенную форму процесса».

Однако на практике мы сталкиваемся с рядом факторов, затрудняющих или даже искажающих правильную интерпретацию рентгенограмм (рентгеноскопии). Это прежде всего фактор суммирования, т, е. наслаивания многих патологических и нормальных теней на пленку. Затем при некоторых формах туберкулеза легких встречаются участки массивного уплотнения, за которыми остаются невыявленными менее уплотненные, а потому и менее контурные на экране патологические тени, часто более свежие, а следовательно, и весьма важные в диагностическом отношении. Наконец, патологические тени могут быть расположены в некоторых отделах легочной ткани, где по техническим условиям выявление их затруднительно (например, в над- и заключичных зонах, в гилюсе). Так, Ден отмечает, что видимые иногда четкие тени желез в гилюсе являются суммированием теней двух лимфатических узлов, не дающих в отдельности рентгенологического отображения на экране (на пленке).

Все это является причиной того, что даже опытные рентгенологи-фтизиатры допускают ошибки в интерпретации легочных снимков. Так, д-р Бейлин на материале московских тубдиспансеров установил, что почти 7% рентгеновских снимков интерпретировались бы неправильно, если бы они не сопровождались рентгеноскопией, и в 10% рентгеноскопий правильный диагноз был поставлен благодаря рентгенограмме.

В проведенной нами работе по сравнению 900 протоколов записей рентгенографии и рентгеноскопии в Ялтинском санатории Красной Армин мы при сравнении записи рентгенографии и рентгеноскопии также обнаружили ошибочные заключения. Так, из 232 случаев инфильтративно-кавернозных форм в 7 случаях каверны не были обнаружены на технически хорошем рентгеновском снимке, а в 20 случаях не были отмечены при рентгеноскопии. Из 334 случаев очаговых процессов в 46 очаги были установлены только на снимке, а в 6, наоборот, они не были видны на рентгенограмме, падая на тень ребра или ключицы.

Стремление повысить качество рентгенодиагностики побудило ряд авторов предложить новые ее методы. Так, в 1936 г. Гросман и Шауль рекомендовали особый прибор для послойных снимков, названный ими томографом. А. Е. Прозоров в 1940 г. предложил метод рентгенографии верхушек легких так называемой полу аксиальной проекцией, разработанный И. П. Парфеновым и позволяющий диагносцировать свежий распад в надключичной области, не определяемый обычными снимками. В 1938 г. появились работы (Барсони, Кульман, Эшбах, Вильн) о применении так называемых суперэкспонированных снимков для выявления патологических теней, скрытых в массивных участках затемнения.

Н. В. Помельцов предложил этот метод для лечебных учреждений, не имеющих томографа, как метод, расширяющий наши диагностические возможности. Он рекомендует этот метод: 1) для детального выявления строения всякого рода участков уплотнения, неясных на обычном снимке; 2) для ясного обнаружения полостей, лежащих на уплотненном легочном фоне или клинически подозреваемых; 3) для суждения о судьбе каверн после пластики; 4) при циррозах; 5) при тотальных экссудатах, когда неизвестно, из чего складываются изменения в легких; 6) для выявления тяжей при пережигании спаек.

Метод заключается в производстве рентгенографии с более длительной экспозицией и более жесткими лучами. Помельцов применял экспозиции в 6—8 секунд, а в некоторых случаях и до 10 секунд. Снимки производились с блендой Букки при лежачем положении больного. Принцип суперэкспонирования основывается на известном в фотографий факте, что мелкие и тонкие детали предмета хорошо выявляются на тех местах, где они отчетливо освещены. Для выявления структурного рисунка в теневых участках увеличивается экспозиция, то же в рентгенографии — при увеличении экспозиции и жесткости лучей, т. е. при большей проницаемости объекта, получаются суперэкспоннрованные снимки для обычных прозрачных отделов легких и нормальные — для затемненных.

Однако, как известно, суперэкспоннрованные снимки по методу Помельцова не получили до сих пор широкого распространения. И. И. Парфенов, применявший для верхушек легких метод полуаксиальной проекции рентгеновских снимков, имел по преимуществу свежие случаи туберкулеза верхушек (35 случаев из 50). Возможно, это был специально подобранный материал.

Мы располагали санаторным контингентом больных. В значительной части это были фронтовики, в основном больные с хроническими формами туберкулеза в фазе обострения, с плевральными наложениями, тяжами, многократными выяснениями очагов. Во многих случаях имелись показания к применению пластических операций верхних отделов клетки, так как наложить искусственный пневмоторакс в прошлом не удавалось. При широком применении хирургических вмешательств в нашем санатории вопрос о топической диагностике каверн был всегда актуален. При снимках над- и подключичных зон мы применили некоторые элементы методики прицельных снимков верхушки с полуаксиальной проекцией по Прозорову, производя их по принципу суперэкспонирования. Чаще всего мы прибегали к прицельным суперэкспонированным снимкам при подозрении на распад в верхних отделах легких для решения вопроса о применении оперативных вмешательств; затем для наблюдения за динамикой каверны после пластики, для выявления распада среди очагов и тяжей в средних полях. Снимки мы производили в положении больного стоя, так как в лежачем положении больного возможность прицельных снимков затруднительна.

Мы рентгеноскопируем больного, выводим интересующий нас участок в положение, наиболее выгодное для выявления патологических образований, переводим аппарат на режим снимка и делаем суперэкспоннрованный снимок. Если при обычном снимке на аппарате Московского рентгеновского завода на пленке «А§(а» мы применяем 110 вольт, 50 миллиампер при экспозиции 1—1 */а секунды, то суперэкслокированный снимок делали при напряжении в 140 вольт и силе тока в 50 миллиампер, экспозиция 3₁/₃—4 секунды. Размер пленки 13 X 18 или 18 X 24. Мы ни разу не применяли длительных экспозиций по 6—10 секунд, как Помельцов. Всего за 1945 г. у нас произведено 120 суперэкспонированных прицельных снимков у больных с различной локализацией каверн в легких.

I. Локализация каверн в надключичной зоне

I. Больной С. поступил 19.11.1915 г., болен с апреля 1942 г. Левосторонний кавернозный туберкулез. Наложен пневмо торакс в 1943 г. Пневмоторакс прекращен по бытовым условиям. В 1944 г. кровохаркание. При поступлении в мокроте обнаружены палочки Коха. На обзорной рентгенограмме 21.Н: левое поле в верхнем отделе тускло из-за плевро-шварт (рисунок, *1).* 26. Н суперэкспонированный снимок: ясно видна каверна 2,5 Х 2,5 см над ключицей с четкими стенками (рисунок, *2).*

2. Больной Б. поступил 14.1Х. 1945 г. Болен с лета 1945 г., попытка наложить пневмоторакс слева безрезультатна. В мокроте палочки Коха. На обзорном снимке 21.1Х: на уровне ключицы справа тяжи, ниже группа бледных очагов "(рисунок, а). На суперэкопонировэнном снимке ясно видна каверна под ключицей размером 2,0Х1,5 см (рисунок, *4).*

П.Случаи с поражением подключичных зон

I. Больной Д. поступил 19.Ш.1945 г., заболел в 1942 г. Вспышки в 1944 г., попытка наложить пневмоторакс слева безрезультатна. На обзорной рентгенограмме 20.П1 слева под ключицей видна каверна (рисунок, 5). 20.1 V — операция френико-алкоголнзацни слева. 11.У рентгенограмма: каверны не видно, тяжи в верхне-наружном ноле (рисунок, *6).* Можно было бы предполагать спадение каверны после операции. 19.7 суперэкспонированный прицельный снимок: ясно видна каверна с достаточно четкими стенками (рисунок, *7).* Впоследствии операция экстраплевр алоного пневмоторакса.

2. Больной Б. поступил 4.7.1945 г. Перенес в 1943 г. правосторонинй экссудативный плеирит. В 1945 г. в мокроте палочки Коха, подозрение на каверну справа под ключицей. 8.7.1945 г. сделан обзорный снимок: в правой подключичной зоне тяжн, полость не видна (рисунок. *8).* На супер экспонирован ном прицельном снимке (11.7.1945 Г.): на уровне 1 ребра полость неправильной формы (рисунок, Р).

В некоторых случаях на обычных рентгенограммах были видны единичные полости, определяемые на фоне тяжей и очагов. Суперэкспонированные прицельные снимки помогли выявить ряд полостей, что меняло оценку течения процесса у больного.

3. Больной 3. поступил 6.Ш.1945 г. В 1943 г. обнаружен очаговый туберкулез с подозрением на каверну спр-ава. При поступлении над правой ключицей влажные хрипы. В мокроте — палочки Коха; РОЭ —5 мм в час. Обзорный снимок 10.111 (рисунок, *10);* на суперэкспонированном справа множественные полости с зоной инфильтрации вокруг (рисунок, *11).* Предложена пластика.

Приведенные случаи показывают, что суперэкспонированные прицельные снимки помогали уточнить или даже совершенно изменить качественную диагностику, в результате чего предлагалась и другая терапия. Например, обычный обзорный снимок создавал представление о фазе обратного развития инфильтрата, а суперэкспонированный прицельный снимок помог выявить поликавернозное поражение верхней доли. Это заставляло отказаться от выжидательной терапии и предложить больному хирургическое вмешательство.

III. Применение суперэкспонированных снимков для определения полостей в сжатом легком под газовым пузырем

Сжатое легкое часто имеет на рентгеноснимке (экране) тусклый фон, вследствие ателектаза или суммирования теней очагов, тяжей, среди которых полость может быть не видна. Поэтому в подобных случаях необходимо применять суперэкспонированные снимки.

1. Больная А. поступила 3.17.1945 г. с правосторонним искусственным пневмотораксом, с тяжем к I ребру ла тер а ль но. В сжатом легком видна небольшая полость. 20.17 пережигание тяжей, 25.7 на снимке кавеона не видна (рисунок, *12).* 1271 суперэкспонированный снимок: видна каверна размером I Х 1 см (рисунок, *13).* 1571 операция френнко-алкоголнзацни справа.

2. Больной Б. поступил 21.7 е искусственным пневмотораксом слева, полость в сжатом легком не обнаружена. Пневмоторакс считали эффективным. В мокроте палочки Коха. На обычном рентгеновском снимке: слеза медиально под ключицей фон тусклый, каверна не видна. Газовый пузырь расположен в виде полуовала (рису-

нок, *14).* Произведен суперэкспонированный прицельный снимок; под ключицей медиально ясно видна каверна (2,5 X 2,5 см) с утолщенными стенками (рисунок, *15).* Больному предложено распустить пневмоторакс и произвести операцию пластики.

IV. Суперэкспонированные снимки при обследовании больных с фиброторaксами, с мощными плевр о-ш в а р т а м и

1. Больной Л. поступил 17. ГГ.1945 г. Считает себя больным с февраля 1944 г, когда возникло легочное кровотечение. Обнаружен левосторонний инфильтрат, попытка наложить пневмоторакс безрезультатна. В мокроте палочки Коха. Рентгенограмма 25.П: слева в верхнем поле видна каверна размером 3X3 см. 27.11 операция френико-алкоголизации слева. 10.У дренаж каверны по Мональди (д-р Богуш). 20. VI дренирование прекращено. 28.X1 рентгенограмма, диффузное затемнение всего легочного поля (рисунок, *16).* 1.ХИ суперэкспонированный снимок: под ключицей, на тусклом фоне видно несколько полостей (рисунок, *17).*

2. Больной Б. поступил 1.X 1.1945 г. Больным считает себя с осени 1944 г., когда обнаружен двусторонний кавернозный туберкулез. Тогда же наложен пневмоторакс слева. Пневмоторакс осложнился пневмоплевритом. Пои поступлении; справа» пневмоторакс, слева—затемнение всего легочного поля. В мокроте палочки Коха. Суперэкспонированный снимок 24.X1.1945 г,: слева! в пьлюсе каверна.

Таким образом, в подобных случаях суперэкспонированные прицельные снимки имеют большую диагностическую ценность,

V. Суперэкспонированные снимки для наблюдения за.динамикой каверны после операции пластики

1. Больной К. поступил 25.11.1945 г., боле» около года. На рентгенограмме слева под ключицей большая' каверна с обсеменением. В мокроте палочки Коха. Операция дренажа каверны по Мональди без существенного эффекта. Произведена задняя пластика в два этапа. 26М обзорный снимок: на тусклом фоне каверны не видно (рисунок, *18).* В мокроте палочки Коха. 27.47]] суперэкспонированный снимок: в спавшемся легком видна щелевидная полость размером 0,8 X 2 см (рисунок, *19).* 15.УП1 операция передней пластики. 21.УШ суперэксвонироваиный снимок: равномерно тусклый фон — полость не видна (рисунок, *20).*

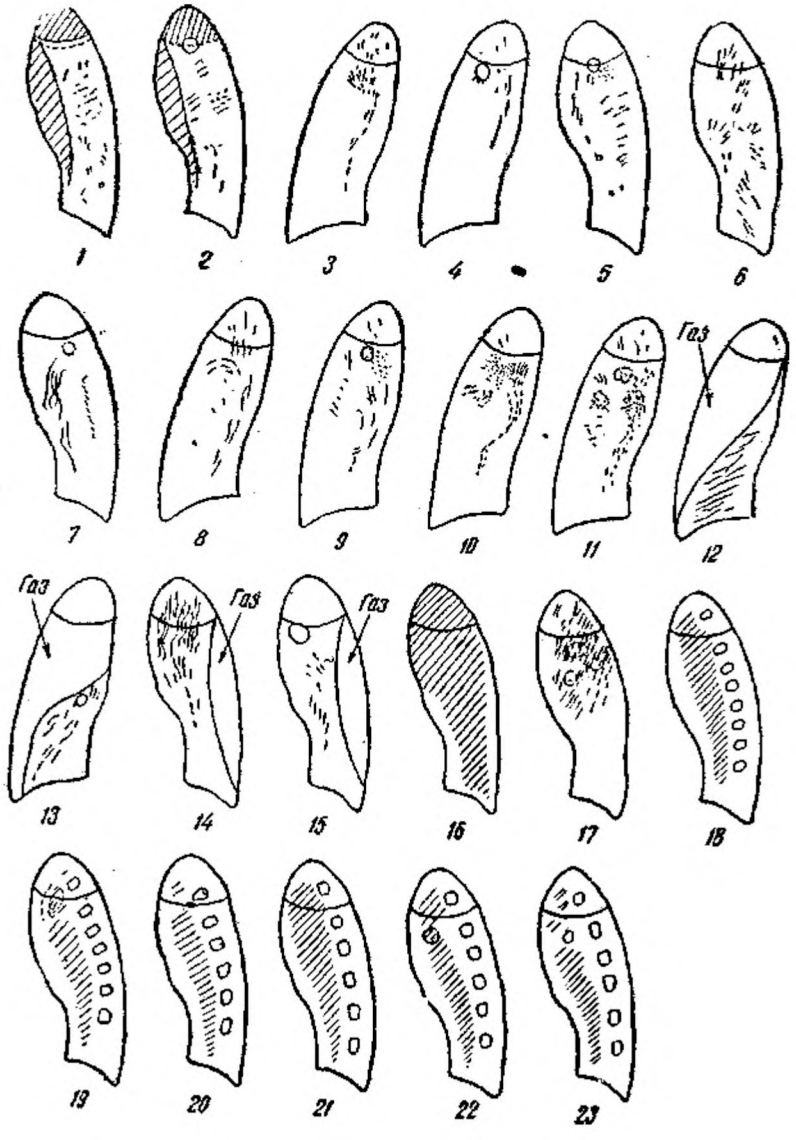
Больной У. поступил 17.111.1945 г., болен около полутора лет. На рентгенограмме: каверна размером 4 X 4 см слева под ключицей на фо к плевральных наложений. 4. IV первый этап пластики. 19^ — второй этап. На обычном снимке 26^; затемнение всего легочного поля, полость отчетливо не видна (рисунок, *21).* Су пер экспон и ров энный снимок 10^П: на тусклом фоне видна каверна размером 1,5 X 1,5 см (рисунок, *22). 7.*VIII. 1945 г. передняя пластика I—IV ребер. Суперэкспонированный снимок; каверна уменьшилась до размеров 1,0 X 1,0 (рисунок, *23).*

Эти примеры показывают, что суперэкспонированные снимки обеспечивают наблюдение за динамикой каверны после операции пластики.

Как видно из наших наблюдений, суперэкспонированные снимки значительно расширяют данные обычных рентгенограмм. Для производства таких снимков не требуется специальных приспособлений и они должны войти в обиход каждого туберкулезного стационара. Даже в тех случаях, когда обзорная рентгенограмма определяет одиночный распад, следует произвести суперэкспонированный снимок, так как может выявиться множественный распад, что в известной мере меняет подход к терапии больного.

Как видно из нашего материала, наблюдение за динамикой каверн после пластики нельзя проводить путем только обычных снимков, лишь суперэкспонированные снимки позволяют выяснить фактическое изменение размеров полости. То же относится к динамике каверн после других операций. Так, в нескольких случаях с помощью суперэкспонированных снимков нам удалось доказать, что после операции френико-алкоголизации, пережигания тяжей, не наступило спадения полости, как это можно бы предполагать на основании обычной, технически хорошей рентгенограммы. Этим больным были произведены дополнительные вмешательства.

Качкова описывает случаи, когда у больных с наложенным пневмотораксом, находившихся под наблюдением авторитетных учреждений и у которых в течение 3—4 лет палочки Коха в мокроте не обнаруживались, при попытке роспуска пневмоторакса в мокроте появлялись палочки Коха, а на томограммах были обнаружены каверны в надключичных зо-



Рентгенограммы *1~23*

нах, прикрытые плевро-швартами. Мы полагаем, что и в этих случаях при помощи суперэкспонированных снимков удалось бы выявить полость и вопрос о роспуске пневмоторакса был бы решен иначе. Однако суперэкспонированные снимки лишь частично могут заменить томограммы. Такой суперэкспонированный снимок не дает представления о глубине залегания очага или полости. Это выясняется лишь путем томографического обследования.

Выводы

1. Суперэкспонирсванные снимки легких в сочетании в некоторых случаях с прицельным методом имеют большое практическое значение, выделяя на рентгенограмме интересующее нас патологическое образование из общей суммы теневых отображений.
2. Особенно ценны суперэкспонированные снимки при наблюдении за динамикой каверны после пластики и других операций. Эти снимки позволяют выявить полости, скрытые плевро-швартами.
3. Так как методика подобных снимков весьма проста, их можно делать в любом туберкулезном стационаре, где производятся рентгенограммы. Там, где нет томографа, применение суперэкспонированных снимков совершенно необходимо для квалифицированного рентгеновского заключения.

МаРор мед. службы, кандидат мед. наук П. М КИРЕЕВ

К ВОПРОСУ ОБ ОСТРЫХ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ГЕПАТИТАХ ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ

Заболевания желтухой встречаются не только в виде отдельных случаев. Иногда они принимают характер настоящих эпидемических вспышек. Такие вспышки наблюдаются чаще всего в военное время. Из истории прошлых войн известно об эпидемических вспышках желтухи в войсках Фридриха И, Наполеона I, в германской, румынской и русской армиях в первую мировую войну и в гражданскую войну в России.

Отдельные вспышки желтухи наблюдались и в частях Красной Армии в период Великой отечественной войны. В германской армии также были заболевания, особенно в частях, расположенных на советском фронте, на Балканах и в Африке. Среди английских и американских войск подобные заболевания отмечены на Африканском театре войны, на Ближнем Востоке и в Индии.

Появление большого числа заболеваний желтухой, особенно в военное время и среди воинских частей, всегда заставляет искать причину подобных вспышек и ставить вопрос о возможности инфекционного происхождения этого заболевания. В 1914 г. японские исследователи Инада и Идо открыли возбудителя особой формы желтухи, протекающей в виде острого лихорадочного заболевания и известной под названием болезни Вейля-Боткина. Возбудитель этот, относящийся к лептоспирам, получил название 5р1гос11ае1а н^Д^его-Ьаегпоггка^Д^са, С тех пор этиология болезни Вейля считается выясненной, и заболевание это с этиологической точки зрения трактуется как иктеро-геморрагический спирохетоз, Но далека не все известные кам эпидемии желтух протекали клинически как болезнь Вейля,

Основными клиническими чертами болезни Вейля являются: внезапное начало, озноб, высокая температура, волнообразное течение лихорадки (две или больше лихорадочных волны), герпес, мышечные боли, выраженные явления со стороны центральной нервной системы, геморрагии, быстро наступающая анемия, изменения со стороны почек, Эпидемические вспышки желтух военного времени нередко протекают без указанных симптомов, Тем самым они резко отличаются от болезни Вейля, напоминая клинически ту желтуху, которая известна нам по мирному времени в виде спорадических случаев под названием острого паренхиматозного гепатита,

Описано немало вспышек желтух, протекавших, как острый паренхиматозный гепатит. От желтухи мирного времени это заболевание отличается массовостью. Естественны поэтому попытки обнаружить возбудителя данного заболевания. Однако эти попытки каждый раз оказывались неудачными. Иктеро-геморрагическую спирохету при таких эпидемиях обнаружить не удавалось. Отдельные исследователи стремились связать происхождение эпидемической желтухи с тифо-паратифозной инфекцией (Сарреле и Клоке, Контакузен). Другие исследователи связывали эпидемическую желтуху с прививками против желтой лихорадки, кори, столбняка, паппатачи. Но эти данные при дальнейших проверках оказались мало состоятельными и не смогли разрешить вопроса об этиологии эпидемической желтухи.

Некоторые авторы считают эпидемическую желтуху более легкой разновидностью болезни Вейля, при которой спирохеты в крови и тканях содержатся в гораздо меньшем количестве, чем при вейлевской желтухе, и поэтому их трудно обнапужить (Мясников). Однако бактериологических доказательств лептоспирной этиологии эпидемической желтухи мы не имеем.

Наконец, высказаны предположения относительно вирусной этиологии данного заболевания (Висковский, Гельштейн),

Как бы то ни было, острый паренхиматозный гепатит военного времени представляется нам инфекционным заболеванием, поскольку он встречается в виде эпидемических вспышек. Возбудитель этого заболевания пока не выяснен. Лептоспирную и тифо-паратифозную этиологию большинство авторов отвергает. Клинически данное заболевание протекает, как острый паренхиматозный гепатит мирного времени. Таким образом, и по своей этиологической природе, и по клинической картине оно отличается от болезни Вейля-Боткина. Гелыптейн предлагает называть это заболевание эпидемической инфекционной желтухой невыясненной этиологии, отличая ее, с одной стороны, от спорадической желтухи, с другой стороны — от иктеро-геморрагического спирохетоза — болезни Вейля. С клинической точки зрения можно было бы назвать это заболевание острым паренхиматозным гепатитом военного времени.

Одну из вспышек такого заболевания мы наблюдали в М-ской армии на юге Украины зимой 1943/44 г. Сравнительно большое количество случаев этого заболевания побудило нас заняться их разработкой. Давая общую клиническую характеристику описываемой нами вспышки, следует сказать, что все случаи заболеваний начинались с диспептических расстройств и протекали, как острый паренхиматозный гепатит. Больной жаловался на тошноту, плохой аппетит, неприятный вкус во рту. Реже бывала рвота (в 18% случаев). Одновременно больной отмечал общее недомогание, вялость, пониженную трудоспособность. Головная боль наблюдалась в 9% случаев. Спустя 5—7 дней после начала указанных явлений появлялась желтуха. Как правило, она начиналась с легкой иктеричности склер, затем постепенно усиливалась; моча больного принимала темный насыщенный цвет, испражнения — светлую окраску.

Таким образом, для описываемого нами заболевания характерны диспептические явления с самого начала болезни и постепенное развитие желтухи. Эти же особенности свойственны, как известно, и большинству случаев паренхиматозной желтухи мирного времени. В дальнейшем течении болезни желтуха достигала различной интенсивности. Были случаи, когда на протяжении всего заболевания желтуха оставалась лишь в виде субиктеричности кожных поклонов и склер, В немногих случаях желтуха достигала значительной интенсивности. У большинства же больных желтушная окраска была средней интенсивности. Субнктеричность — в 12% случаев, желтуха средней интенсивности — в 84% и желтуха очень интенсивная — в 4% случаев.

Температура лишь у 7% больных была субфебрильной в первые див пребывания в госпитале. У остальных больных температура за все время пребывания в госпитале была нормальной. Кожный зуд наблюдался лишь у 9% больных. 87% больных жаловались на тупые боли в области правого подреберья, 31%—в эпигастральной области. Во всех без исключения случаях печень была увеличена, обычно на 2—4 см ниже реберной дуги. Увеличение селезенки отмечено лишь у 3% больных.

Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечались брадикардия в гипотония. Брадикардия (50—60 пульсовых ударов в минуту) была зарегистрирована в 38% случаев в разгаре заболевания. По мере уменьшения симптомов желтухи брадикардия обычно исчезала. Гипотонию мы наблюдали в 86% случаев с максимальным кровяным давлением от 110 до 85 и минимальным — от 65 до 50. При этом гипотония всегда была стойкой и держалась до исчезновения основных симптомов желтухи. Геморрагические явления в виде обильных кожных петехий мы наблюдали лишь в одном случае желтухи, осложненной пневмонией. Со стороны красной крови изменений не наблюдалось: количество гемоглобина и эритроцитов оставалось нормальным. Количество лейкоцитов у большинства больных было также нормальным; 16% больных имели умеренную лейкопению (до 4 500 лейкоцитов), у 28% был умеренный лимфоцитоз (30—40% лимфоцитов), у 15% — моноцитоз (до 12% моноцитов). РОЭ оставалась нормальной или замедленной: от 3 до 10 мм в час. Только в одном случае (осложнение пневмонией) заболевание протекало с высокой РОЭ и с лейкоцитозом.

У всех больных в первый день поступления в госпиталь исследовали мочу на желчные пигменты и уробилин. Реакция на желчные пигменты *у* всех была положительной: резко положительная в 14%, положительная в 74%, слабо положительная в 12% случаев. Реакция на уробилин оказалась положительной в 49% случаев и отрицательной в 51%.

В разгаре заболевания острым паренхиматозным гепатитом поступление желчи в кишечник может полностью прекратиться и тогда реакция мочи на уробилин будет отрицательной. Повторные исследования мочи, которые производились при начинавшемся уменьшении желтухи, давал» положительную реакцию на желчные пигменты в 80% случаев (положительная—45%, слабо положительная—35%), а на уробилин уже в 100%.

Следовательно, в период начавшегося выздоровления поступление уробилина в кишечник в тех случаях, где оно полностью прекращалось, восстанавливается. При выписке из госпиталя больных с легкими остаточными явлениями желтухи реакция мочи на желчные пигменты была положительной лишь в 29% случаев, при этом только слабо положительной. При выписке положительная реакция на уробилин была в 42% случаев. Таким образом, процент случаев с положительной реакцией мочи на уробилин, составляя в разгар заболевания 49, повышается затем до 100 и вновь снижается к моменту выздоровления до 42. Реакция на желчные пигменты, давая на высоте заболевания положительный результат в 100% случаев, постепенно снижается к периоду выздоровления до слабо положительной реакции в 29% случаев.

Больных с выраженной альбуминурией у нас не было. Лишь в 7% случаев в моче были обнаружены следы белка. Ахолийный стул наблюдался в 78% случаев в разгаре заболевания. К периоду выздоровления ахолия во всех случаях исчезала.

Лечение, применявшееся нами, заключалось прежде всего в назначении постельного режима и диэты. Диэта состояла преимущественно из молочно-растительных блюд с добавлением иногда небольшого количества отварного мяса и с максимальным ограничением жиров. Давались фрукты: яблоки, 'мандарины, компоты. Из медикаментозных средств мы применяли 3% раствор сернокислой магнезии по 150—200 см^5 на день

и ревень. Одна часть больных получала магнезию, другая — ревень. При этом существенной разницы в течении и продолжительности заболевания мы не наблюдали.

В случаях с более выраженной желтухой мы применяла глюкозо-инсулиновую терапию, а также дуоденальные зондирования. Эти последние оказывали хороший эффект. Как правило, после зондирования желтушная окраска быстро уменьшалась, в моче появлялся уробилин. Контрольные больные с резко выраженной желтухой, которых мы велй без дуоденального зондирования, выздоравливали медленнее. Имеет известное положительное значение прогревание области печени: грелки, компрессы, теплые припарки.

Продолжительность заболевания колебалась от двух до трех недель. Лишь в единичных случаях болезнь затягивалась дольше. Все больные были выписаны в часть в хорошем состоянии, с небольшими остаточными явлениями желтухи (легкая субиктеричность).

Таким образом, описываемые нами случаи протекали, как острый паренхиматозный гепатит, отличались легким течением и небольшой продолжительностью заболевания.

То обстоятельство, что во всех без исключения случаях заболевание начиналось с диспепткческих расстройств, заставляет усматривать зависимость желтухи от пищевого фактора, В патогенезе острых паренхиматозных гепатитов, как известно, большую роль играет воздействие на печеночную ткань гепатотропных токсинов, идущих в печень из кишечника по системе воротной вены. Едва ли чисто пищевой фактор (перегрузка жирами, консервами) мог сыграть решающую роль в происхождении массовых заболеваний желтухой. В отдельных случаях этот момент мог оказаться лишь предрасполагающим, В основе же заболевания лежит, повидимому, токсико-инфекционный момент, связанный с заражением продуктов питания каким-то неизвестным инфекционным агентом. За ин Секционную природу заболевания говорит его массовость, а за связь инфекции с пищевыми продуктами — характерное начало заболевания с диспептических расстройств.

Попытки найти возбудителя данной вспышки желтухи оказались безуспешными. Делались посевы из крови и мочи больных желтухой на дестиллированной воде (по Клодницкому). Исследования под микроскопом производились при затемненном поле. Ни в одном случае не удавалось обнаружить ни иктеро-геморрагической спирохеты, ни тифозных и паратифозных бацилл, ни каких-либо других микробов.

Возникал вопрос о связи между желтухой и малярией. 3!*/о наших больных задолго до заболевания желтухой перенесли малярию (в течение 1943 г.). 23й/* больных малярию перенесли ранее 1943 г. Но если принять во внимание сравнительную частоту заболевания малярией в Красной Армии, особенно на некоторых фронтах в течение лета и осени 1943 г., то указанный процент маляриков среди больных желтухой отнюдь не должен казаться подозрительным в смысле причинной зависимости между этими двумя заболеваниями.

В указанную эпидемию мы не наблюдали ни одного случая появления желтухи непосредственно после малярийных приступов, как осложнения малярии. Не исключена, однако, возможность, что малярийная инфекция, воздействуя на печеночную паренхиму, могла в отдельных случаях быть предрасполагающим фактором в заболевании желтухой.

Помимо малярии, предрасполагающими к заболеванию желтухой могут быть пищевой фактор, переохлаждение (появление желтух в осенне-зимний период), а также ряд нервно-психических моментов, связанных с пребыванием в боевой обстановке.

Наконец, в отдельных случаях могла играть роль и известная конституциональная неполноценность печеночной ткани.

Не отрицая значения всех этих факторов в качестве .?Рсдрасполагав Ющих, мы все же должны считать основной причиной масси^ВЬ1Х желтух военного времени какую-то не выясненную еще инфекцию, зара?^жаюшУю пищевые продукты. Потребление в пищу инфицированных про'^Луктов вызывает токЛикоинфекционное поражение печеночной ткани, протек<^аю' щее клинически в форме острого паренхиматозного гепатита.

Наряду с массовыми заболеваниями, представлявшими собой типичный острый паренхиматозный гепатит, мы наблюдали случаи, имевшие некоторые своеобразные клинические черты. Первый случай мы наблюдали во время эпидемии желтух зимой 1943/44 г. На фоне типичных массовых заболеваний желтухой он протекал не совсем обычно. Остальные три случая мы наблюдали в феврале—марте 1945 г., когда эпидемии желтух в данной армии не было.

Случай 1. Больной А., 30 лет, сержант. Заболел желтухой 4.1.1944 г. Поступил в госпиталь 7.1 с интенсивной желтушной окраской кожных покровов и склер. Температура при поступлении нормальная. Печень выступает на- 1 см из-под края реберной дуги, чувствительна при пальпации. Селезенка не увеличена. 8.1 температура повысилась до 39° и в последующие дни доходила до 40°. В легких развилась картина двусторонней пневмонии. 12.1 появилась обильная петехиальная сыпь на« коже груди и живота. В моче: следы белка, положительная реакция на желчные пигменты и уробилин. В крови: 12.1 лейкоцитов 5 000, 14.1 — 6200, 15.]—7 800. Реакции Видаля н Вейль-Феликса отрицательные. Состояние постепенно ухудшалось, и 18.1 больной умер при явлениях нарастающей сердечной слабости. На вскрытии: острый паренхиматозный гепатит; пневмония верхней доли правого легкого и нижней дола* лазого легкого в стадии серого опеченения.

Заболевание началось, как обычный острый паренхиматозный гепатит с нормальной температурой. Затем, когда присоединилась пневмония, картина болезни резко изменилась: повысилась температура, появилась петехиальная сыпь, общее состояние стало тяжелым. Присоединение пневмонии к желтухе существенно изменило течение этой последней, придав ей характер острого лихорадочного заболевания, напоминающего инфекционную желтуху Вейля. Комбинация желтухи с пневмонией оказалась весьма тяжелой и привела к летальному исходу. В этом своеобразие описанного случая.

Случай 2. Больной К., 23 лет, красноармеец. Заболел 16.11.1945 г. Тошнота, плохой аппетит, небольшой озноб, головная боль, боли в подложечной области и в области правого подреберья, ломота в суставах нижних конечностей, боли в икроножных мышцах. Температура з первые дни заболеванзгя До 38^е^. 20.11 заметил желтушную окраску кожи и склер. 22.И поступил в госпиталь. При поступлении: температура нормальная, кожные покровы и склеры желтушны. Легкие и сердце без уклонения о» нормы. Пульс 58 ударов в минуту. Печень на 4 см. выстоит из-под края ребер, бобезнениа при пальпации. Селезенка не пальпируется. Стул ахоляйный. В моче: белка нет, реакция на желчные пигменты положительная, реакция на уробилин отрицательная. Кровяное давление 125/75. РОЭ 3 мм в час. В течет» первых трех дней пребывания в госпитале температура была нормальная. С 25.11 температура «о вечерам 37,2—37,7°. Реакции Видаля и Вей ль-Феликс а отрицательные. Посев кала: палочки дизентерии и ти фо-паратифозной гоушгы не обнаружены. Посев мочи: спирохеты не обнаружены, С 5 по 9.111 температура' до 38.5°. С 10.Ш температура снова субфебрялькая а течение нескольких дней, а. затем нормальная. Желтуха постепенно уменьшалась, и 30.111 больной был выписан в хорошем состоянии с нормальной температурой.

Настоящий случай, хотя и не является типичной болезнью Вейля, все же несколько напоминает ее. Повышенная температура в начале заболевания, еще до появления желтухи, озноб, боли в икроножных мышцах напоминают начало болезни Вейля. Желтуха появилась в безлихорадочный период, а затем мы наблюдали вторую лихорадочную волну.

Случай 3. Больной Д.. 29 лет. капитан. Заболел 20.11.1945 г. Слабость, плохой аппетит,' боли в подложечной области и в области правого подреберья, тошнота, рвота, температура до 38°. Поступил в госпиталь 25.11, причем желтуху заметил только в день поступления. Объективно: кожные покровы я склеры желтушны. Легкие и сердце без уклонений от нормы. Пульс 60 ударов в минуту. Кровяное давление 120/70. Печень у реберного края слегка болезненна- при пальпации. Селезенка не увеличена. В моче: белка нет, реакция на желчные пигменты положительная, реакция на уробилин положительная. Анализ крови: НЬ 62*/о, эр. 3 600000, л. 8 800, с. 69®/о> п. 1'/».

лимф. 27%, мон. 1%, э. 2<>/а. РОЭ 26 мм в час. Температура при поступлении нормальная. К 1.111 желтуха несколько уменьшилась, но с этого дня больной стал чувствовать себя хуже, появилась головная боль, жажда, учащенное мочеиспускание. Анализ мочи 2.111: белок 0,09"/м, лейкоциты 3—5 в поле зрения, эритроциты выщелоченные 3—4 в поле зрения. ЗЛИ появилась легкая одутловатость лица. Кровяное давление повысилось до 140/85. Температура с 1.111 повысилась до 38° и держалась в пределах 37—38° до 12.111. Посев кала: палочки дизентерия и тифо-паратифозной группы не обнаружены. Посев мочи: спирохеты не обнаружены. Реакции Видаля и Вейль-Феликса отрицательные. Одутловатость лица через 5 дней исчезла. Анализ мочи 8.1Н: белок 0.03"/м. кровяное давление 130/80. Анализ мочи 13.111: белка нет, кровяное давление 120/70. После 12.111 температура нормальная. Желтуха постепенно уменьшалась, и больной был выписан в хорошем состоянии с нормальной температурой.

Как видно из описания, этот случай протекал также не совсем обычно. Повышенная температура (две лихорадочных волны), головные боли и, наконец, явления со стороны почек в виде легкого нефрита приближают данный случай к болезни Вейля. Характерно, что и в этом случае желтуха появилась в безлихорадочный период. Мы не беремся утверждать, что происхождение двух описанных случаев связано с иктеро-геморрагической спирохетой, тем более что бактериологических доказательств к этому нет. Но все же, повидимому, в обоих случаях была инфекционная желтуха неизвестной этиологии, клиническое течение которой отличалось от обычных паренхиматозных гепатитов. Не исключена возможность, что здесь имелся спирохетоз, но спирохеты были мало вирулентными и содержались ₽ крови в небольшом количестве. Этим можно было бы объяснить отрицательный бактериологический результат при исследовании на спирохетоз, а также и то обстоятельство, что заболевание не вылилось в типичную картину вейлевской желтухи, а лишь некоторыми чертами напоминало ее.

Случай 4. Больной Н., 37 лет, лейтенант. Заболел 15.И. 1945 г. Боли в левом плечевом с у ст две и припухлость. По поводу этих явлений поступил в госпиталь 28.11. Объективно: небольшая припухлость и покраснение кожи в области левого плечевого сустава. Легкие и сердце без уклонения от нормы. Органы брюшной полости без уклонения от нормы. Пульс 76—80 ударов в минуту. РОЭ 3 мм в час. Температура в первые дим пребывания в госпитале 37—37,5°. С 1.Ш больной стал жаловаться на тошноту, плохой аппетит. 5.Ш боли в области левого плечевого сустава уменьшились, припухлость сустава прошла. Потаились тупые волн в области правого подреберья и иктеричность склер и кожных покровов. Печень у реберного крав болезненна при пальпации. Пульс 60 ударов в минуту. Температура к этому дню снизилась до нормы. 6.111 боли в области правого подреберья усолились, желтушная окраска увеличилась. Печень на 4 см пыстоит из-под реберной дуги, болезненна при пальпации. Температура нормальная. В моче: следы белка; реакция на желчные пигменты и на уробилин положительная. Кровяное давление 120/75. Последующие дни держится интенсивная желтуха, печень увеличена. Температура остается нормальной. Боли в плечевом суставе беспокоят мало. Посев кала: палочки дизентерии и тифо-паратифозной группы не обнаружены. Посев мочи: спирохеты не обнаружены. Реакции Видаля и Вейль-Феликса отрицательные. В дальнейшем желтуха постепенно уменьшалась, боли в плечевом суставе исчезли, и ЗЛУ больной был выписан в хорошем состоянии.

Интерес данного случая заключается в своеобразном сочетании гепатита и артрита. Заболевание началось с болей и припухлости суетава при повышенной температуре, но при низкой РОЭ. Затем, после короткого периода диспептических расстройств, появилась желтуха. К моменту появления желтухи температура снизилась до нормы. Явления со стороны сустава стихли. В дальнейшем заболевание протекало, как обычный острый паренхиматозный гепатит. Следует думать, что одна и та же причина, повидимому, токсико-инфекционного характера вызвала и артрит, и гепатит. Таким образом, этот случай представляется нам как токсико-инфекционный моноартрит с последующим развитием острого паренхиматозного гепатита.

Выводы

1. В военное время желтухи нередко возникают в виде эпидемических вспышек.

2. Клиническое течение эпидемической желтухи весьма близко напоминает картину острого паренхиматозного гепатита мирного времени, существенно отличаясь от инфекционной желтухи Вейля-Боткина.

3. Попытки найти возбудителя данного заболевания до сих пор не дали положительных результатов.

4. Эпидемическую желтуху военного времени следует считать инфекционным заболеванием невыясненной этиологии, в основе которого лежит, повидимому, токсико-инфекционный момент.

★

Подполковник мед. службы Г. И. ЭДИНСОН

КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЙ ЖГУТ

(Из кафедры воен но-медицинской подготовки II МГМИ им. Сталина (начальник кафедры — генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. Завалишин)

Проблему временного гемостаза жгутом, несмотря на чрезвычайную ее актуальность, нельзя считать решенной.

Достаточно сказать, что до сих пор некоторые видные хирурги указывают, что пользоваться жгутом можно лишь на однокостных отделах конечности. Например, пр оф. Боголюбов утверждает, что наложение жгута на голень и предплечье невозможно. Между тем еще Эсмарх считал возможным наложение своего жгута на голень и предплечье.

Рядом экспериментов на животных, людях и трупах доказана возможность наложения жгута на голень и предплечье. При наложении жгута на предплечье значительно меньше травмируются ткани и реже наблюдаются осложнения. Жгут, наложенный на середине голени, давит на гребешок большеберцовой кости и вызывает некоторую болезненность в этом месте. Однако если учесть весьма неприятные осложнения, которые далеко не редко наблюдаются при наложении жгута на плечо и бедро, то недостатки наложения жгута на предплечье и голень стушевываются. Если в результате чрезмерно длительного оставления жгута приходится ампутировать конечность, то для раненого лучше потерять ее в пределах голени, чем бедра. Что касается параличей, то они почти никогда не наблюдались после наложения жгута на голень и предплечье. Преимущества наложения жгута на отделы конечности с двумя костями заключаются в том, что в этом случае нервный ствол не прижимается непосредственно к кости, а сжимается мышцами, входящими в межкостное пространство, поэтому и нерв менее травмируется. О возможности и преимуществе пользования жгутом на предплечье и голени указывали в своих работах Брайцев, Леванюк. Лозинский. Каменчик, Джанелидзе, Корецкий, Бабчин в другие на заседании Пироговского общества в Ленинграде 8 октября 1932 г. На этом же заседании Шаак признал, что сделанное в его учебнике указание на возможность наложения жгута только на бедро и плечо ошибочно и обещал эту ошибку исправить в новом издании.

Возможность гемостаза при наложении жгута на голень и предплечье доказана следующими экспериментами:

1. При наливе сосудов конечности, на двукостный отдел которой был предварительно наложен жгут, тейхмановской массой она доходила лишь до места наложения жгута; периферическая часть конечности, начиная от жгута, была свободна от массы (рис. 1).

2. При внутривенном введении 30 см^3 10% йодистого натрия раствор проникал лишь до места наложения жгута, что ясно видно на рентгенограмме.

3. Жгут, наложенный на предплечье и голень, прекращает пульсацию сосудов конечности ниже места его наложения со всеми признаками остановки кровообращения: резкое побледнение, похолодание конечности, понижение всех видов чувствительности и т. д.

4. Истечение жидкости, пропускаемой через сосудистую систему на трупе, под давлением несколько выше артериального, прекращается тотчас после наложения жгута на голень или предплечье.

Кровотечение из сосудов в межкостном пространстве останавливается в связи со сдавлением их мягкими тканями, которые жгут вдавливает в это пространство. Травма нерва при наложении жгута на плечо более значительна, чем при наложении его на предплечье. Это видно из того, что при наложении жгута на плечо парестезии наступают уже через 2 минуты, тогда как при наложении жгута на предплечье при таком же давлении этих явлений в такой короткий срок не обнаруживается. Субъективное состояние больных со жгутом, наложенным на предплечье и голень, значительно лучше, чем при жгуте, наложенном на бедро и плечо. Это подтверждает преимущество наложения жгута на отделы конечности с двумя костями. Эксперименты на трупах также подтверждают преимущество наложения жгута на голень и предплечье в связи с более нежным сжатием сосудов и нервов мышцами. Два жгута с максимальным давлением (0,5 кг на I см2) накладывали на плечо в верхней и нижней его трети, между ними наливали тейхмановской маесой плечевую артерию под давлением в 250 мм. Через несколько минут происходил разрыв артерии на плече, недалеко от наложенного жгута. На рентгенограмме видно, что контра-тная масса за пределы наложенного жгута не проникала. С таким же давлением были наложены жгуты на предплечье (в верхней и 'нижней трети), при этом контрастная масса свободно прошла по всем сосудам . ЕЙяЦ предплечья до жгута -и была хорошо видна на рентгенограмме. Если артерия плеча не выдержала такого давЛенин, то можно было предполагать, что артерии предплечья, имеющие меньший калибр, и подавно разорвутся. Наши эксперименты этого не подтвердили. Объяснением п того, что артерии предплечья противостоят такому давлению, которого не выдерживают артерии плеча, является расположение артерий предплечья среди мощных мышц, которые как бы пружинят и, принимая на себя давление жгута, оказывают ему сильное сопротивление. Нас в данном случае интересует факт сжатия сосудов, а 'вместе с ними и нервных стволов -мышцами, в связи с чем и наблюдается большая их устойчивость к давлению жгута.

АгиТу"
Овт
тШиЛи
уЛмКъ
V
Ш Жк
('иТЭ/
ЕйЗ
I
I
V /
//гтМ
/аТ?цг
Ф
Рис. 1

Аналогичные эксперименты проводились Серебренниковым, Винником и Ковалевой. Хотя эти эксперименты и нельзя полностью повторить на живом человеке, они все же убеждают нас в том, что при наложении жгута на предплечье нервы и сосуды травмируются гораздо меньше, чем при наложении его на плечо.

Аналогичные результаты мы получили при экспериментах и на нижних конечностях, что также подтверждает преимущество наложения жгута на голень.

В согласии с литературными данными, которые полностью подтверждаются нашими экспериментами, нужно считать вполне установленным, что: 1) жгут, наложенный на предплечье и голеиь, полностью обеспечивает гемостаз; 2) при наложении на предплечье и голень жгут меньше травмирует ткани и особенно нервы.

Мнения авторов относительно максимального срока, в течение которого жгут может оставаться на конечности, расходятся. Большинство определяет этот срок в 2—3 часа. Другие (Ефремов) указывают случаи, когда жгут оставался на конечности без вреда 11 и более часов. Наконец, некоторые вовсе отказываются от применения жгута, особенно на верхней конечности.

Проф. Гориневская в своем учебнике говорит, что длительное пребывание жгута ведет к параличам и омертвению всей конечности, и допускает оставление жгута не долее чем на полтора часа.

Проф. Дитерихс предлагает держать жгут на конечности не долее 3 часов. Мезонне ограничивает максимальный срок 2—3 часами. Флюгмахер на IX сессии Международной комиссии по стандартизации санитарного имущества, рекомендуя аппарат Помпони, указывал на безнаказанное оставление его на конечности в течение 6—10 часов. Гирголав

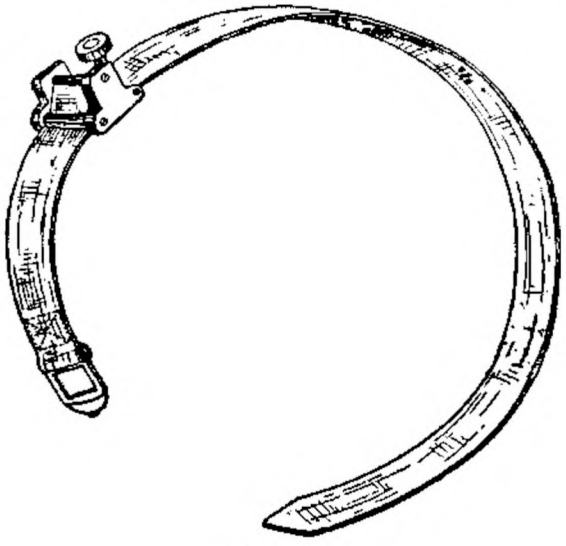


Рис. 2

и Шаак («Ошибки, опасности и непредвиденные осложнения») указывают, что средний срок оставления жгута не должен превышать 2—2^1/ъ часов. Лексер («Общая хирургия», 1938) также указывает на 2*/г—3 часа, Боголюбов — на 2—2^1/» часа, Богораз — на 3 часа и т. д.

Однако ни один автор не ставит этот срок в связи с давлением, под которым наложен жгут.

Нельзя говорить о сроке оставления жгута на конечности вообще, ибо этот срок зависит от ряда факторов: эластичности жгута, ширины его, места наложения, конструкции жгута, наличия жировой клетчатки, эластичности или хрупкости сосудов, и особенно от давления, под которым наложен жгут.

В литературе описано немало случаев параличей, происшедших в результате сдавления конечности жгутом, причем в этих случаях жгут оставался на конечности много меньше того времени, которое допускается большинством авторов. Каменчик и Галстян описали случаи паралича верхней конечности в результате наложения жгута на среднюю треть плеча, причем жгут лежал 1 час 40 минут во время операции пластики сухожилий. Постников на заседании Пироговского общества в Ленинграде докладывал о параличе верхней конечности после трехчасового пребывания жгута на плече. Об аналогичном случае доложил и Корец-

кий. Парии указал на случай паралича верхней конечности после 45-минутного пребывания жгута на плече у 30-летней больной. Грегори описал случай смерти после 15-минутного пребывания жгута на плече. Жгут был наложен во время операции удаления иглы из кисти. Варавка описал случай паралича после 10-минутного сжатия конечности жгутом.

В связи с такими наблюдениями ряд авторов вместо того,-чтобы требовать точной дозировки давления жгута, либо ограничивает срок оставления его на конечности, либо вовсе от него отказывается. Так, Изелин предлагает накладывать жгут до потери пульса и оставлять его до одного часа (пневматический резиновый жгут).

Как видно, большинство авторов допускает оставление жгута на полтора-три часа. Мы считаем, что срок, на который можно оставлять жгут, зависит в первую очередь от давления. Чем выше давление, тем меньше времени можно держать жгут. Наложение жгута — далеко не безразличная манипуляция. Недаром военно-хирургический конгресс в 1907 г. указал, что «всякий раненый — носитель жгута, должен быть снабжен отличительным знаком и немедленно эвакуирован на хирургический пункт, где должен подвергнуться операции тотчас после прибытия».

Жгут следует накладывать с минимальным давлением, превышающим кровяное в месте его наложения не более чем на 15—20 мм; нужно избегать наложения жгута на середину плеча (за исключением прямых к тому показаний). Лучшим жгутом мы считаем тесемчатый с приспособлением для регулирования давления -(рис. 2).

В заключение мы должны кратко остановиться на практических выводах, вытекающих из сказанного.

1. Остановка кровотечения наложением жгута на отделы конечности с двумя костями (голень и предплечье) вполне возможна и имеет ряд преимуществ перед наложением жгута на плечо и бедро.

2. Срок пребывания жгута на конечности нельзя строго регламентировать без учета давления, под которым жгут наложен. Все же считаем, что жгут, наложенный со средним давлением, превышающим кровяное на 10—20 мм ртутного столба,-может оставаться на конечности до двух часов. Фактор давления под жгутом является основным критерием срока оставления конечности под жгутом.

3. Наилучшим местом наложения жгута мы считаем:

а) на верхней конечности — любой уровень предплечья, нижнюю и верхнюю треть плеча (наложение жгута на средний отрезок плеча наиболее опасно, вследствие возможного повреждения жгутом лучевого нерва);

б) на нижней конечности — любой уоовень голени и бедра.

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ' ВОЙСК

Подполковник мед. службы Б. Л. УГРЮМОВ

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ БРЮШНОГО ТИФАВ1Ч-СКОЙ АРМИИ

В годы Великой отечественной войны, где бы ни располагался нал* ИГ, в нем всегда были брюшнотифозные больные. Никакая другая инфекция не возникала на фронте с таким постоянством и с такой мето-

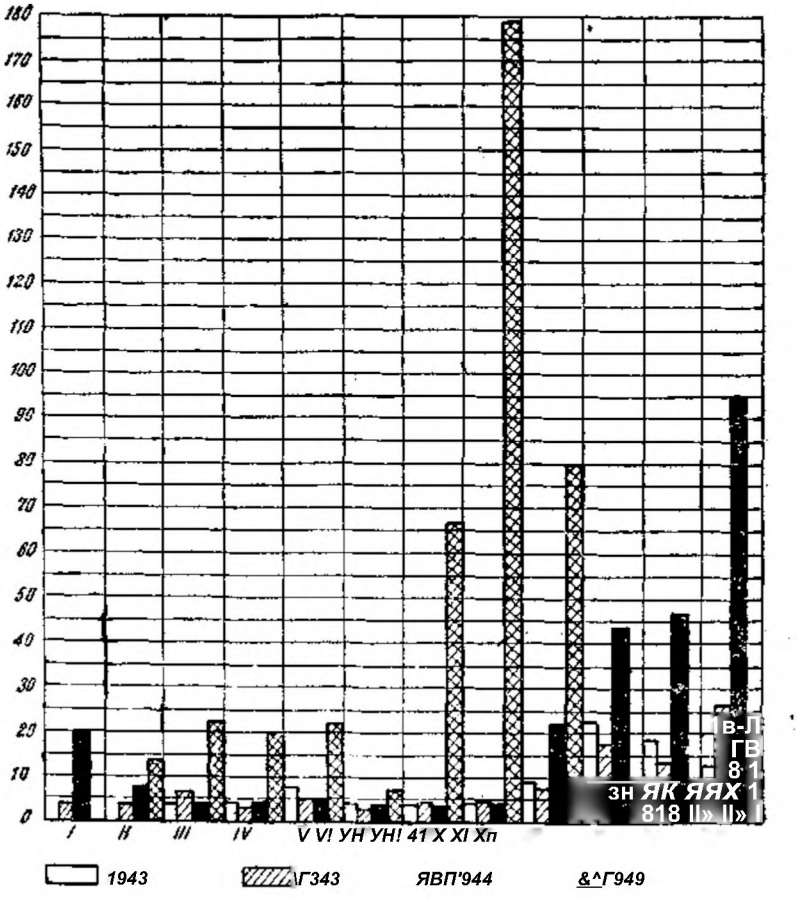


Рис. 1. Поступление больных брюшным тифом (1942—1945)

дичностью, как брюшной тиф. Из общего числа больных, находившихся на излечении в нашем госпитале за годы войны, больные брюшным тифом составили 9,8%.

На рис. 1 показано помесячное распределение заболеваемости брюшным тифом за 1942—1945 гг. Заболеваемость в 1942 г. и в первой половине 1943 г. была незначительной, носила спорадический характер, обычно с невыясненным первоисточником и с поступлением вслед за первым заболевшим небольшого количества контактировавших. Такие

контактные больные поступали к нам довольно часто из отдельных подразделений (блиндажи, землянки), из запасного полка (пополнение), из прачечных отрядов и госпиталей.

Повышение заболеваемости, начиная с осени 1943 г., совпадает с продвижением армии по территории СССР, освобожденной от временной оккупации противником. На росте заболеваемости сказались последствия длительной оккупации (Смоленская область, Белоруссия). Сплошные очаги брюшного тифа с характерным для этой инфекции гнездным поражением отдельных семей {иногда 4—5 больных в одном доме) мы наблюдали в деревнях, расположенных в районе Красное Смоленской области (Ледище, Паньково, Храпово и др.) и Лиозно Витебской области. В этих деревнях мы в силу сложившихся обстоятельств вынуждены были прибегнуть к массовой госпитализации больных брюшным тифом из гражданского населения. Случаи контакта военнослужащих с гражданским населением ® тифозных домах эндемичных деревень способствовали появлению брюшного тифа и в воинских частях.

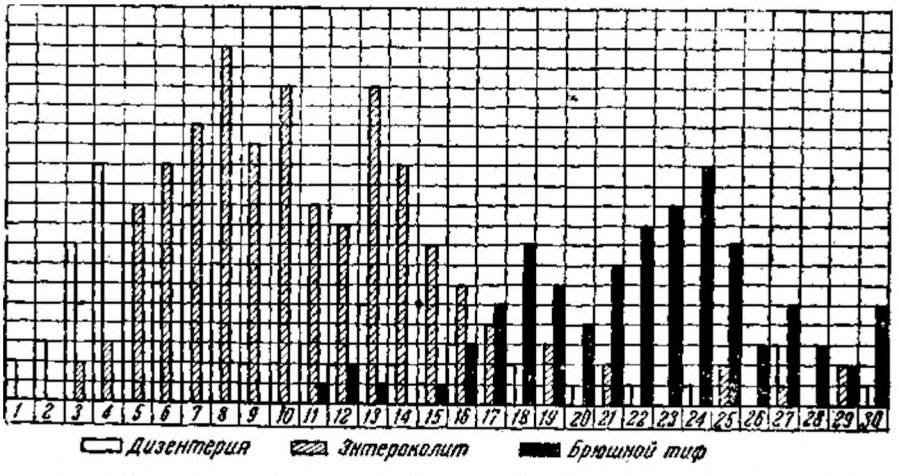


Рис. 2. Заболеваемость дизентерией и антеро колитом в Ы-ском полку накануне вспышки брюшного тифа

Начиная с этого времени, заболеваемость идет на относительно высоком уровне, повышаясь в периоды пребывания армии в обороне и снижаясь в периоды наступательных операций, когда контакт с гражданским населением был менее тесным.

Рост заболеваемости в ноябре 1944 г. объясняется водной вспышкой брюшного тифа. Вспышка возникла в ГЛР и в стрелковом полку, располагавшихся по течению р. Быстрица, куда, как это впоследствии было установлено, спускались без очистки сточные воды из предприятий в больниц города Л., расположенного выше по течению реки.

В связи со срочным переоборудованием ГЛР под дом отдыха все находившиеся в нем больные и раненые были одновременно переведены в другие госпитали; много было выписано в часть. Между тем среди больных и раненых было немало находившихся в инкубационном периоде брюшного тифа.

Вскоре в наш ИГ начали поступать больные брюшным тифом. За 10 дней поступил 31 человек, в том числе 17 человек из личного состава ГЛР. Как показал анамнез, большинство заболевших пило сырую воду из реки, другие чистили зубы или мылись в бане, пользуясь для этого речной водой.

Почти одновременно заболевания брюшным тифом были отмечены в стрелковом полку, расположенном по течению этой же реки. Вспышке

брюшного тифа здесь предшествовала волна кишечных расстройств (рис.. 2).

В 1943—1944 гг. в районе Лиозно во время зимней вспышки дизентерии, опрокинувшей наши представления о сезонности этой инфекции, начала расти заболеваемость и брюшным тифом. Тщательная термометрия больных с кишечными расстройствами, поступавших в ИГ с диагнозом «дизентерия» и «энтероколит», помогла нам обнаружить в числе этих больных немало брюшнотифозных. Отмечено много случаев, когда больные с жидким стулом, поступая в госпиталь с нормальной температурой, спустя несколько дней начинали лихорадить и позднее у них обнаруживалась типичная картина тифа. Только сроки инкубационного периода и эпидемиологическая обстановка позволяли нам в этих случаях исключать внутригоспитальную инфекцию. Наибольшее число таких случаев дал М-ский стрелковый полк, в котором с 6 -по 30.Х1.1944 г. было зарегистрировано 29 больных брюшным тифом.

Приводим несколько случаев.

Рядовой В. поступил в ИГ по пчзоду энтероколита 5.Х1. После выздоровления был вьнтнсан в запасный полк, 23.Х1 вновь поступил к нам с типичной картиной брюшного тифа,

С 12.Х1 по 22.Х1 в ИГ находился по поводу энтероколита рядовой С. 22.Х1 он был выписан в свою часть — запасный полк. На следующий день, 23.Х1, С. вновь поступил к нам из части с банальным диагнозом «обострение хронического энтероколита», однако с высокой температурой. Врач, который в своз время вел этого больного, не обратил на него должного внимания и просмотрел зама-скирозамный брюшной тиф.

Из того же запасного полка к нам 24.Х1 с днагтозоч «энтероколит» поступил рядовой К- 29.Х1 больного выписали в команду выздоравливающих. 2.ХИ у К. повысилась температура. Больной, будучи в госпитале по поводу энтероколита, подобно предыдущим больным, находился в инкубационном периоде брюшного тифа.

Показательно, что из 29 больных брюшным тифом, поступивших из этого полка за 24 дня, четверо направлены в ИГ с диагнозом «энтероколит» и 5 человек — с диагнозом «дизентерия».

Начиная с февраля 1945 г., госпиталь работал на территории Германии. 3.Ш.1945 г. к нам с плацдарма за Одером поступил первый больной брюшным тифом — рядовой В., заболевший 26.11.1945 г,, т. е. через 23 дня после того, как наши войска форсировали Одер. Как этот, так и последующие случаи заболеваний тифом на плацдарме за Одером возникли вне контакта с местным населением. Причиной заболеваний являлся, невидимому, контакт с бациллоносителями палочки Эберта. Наличие бациллоносительства неоднократно подтверждалось при массовых обследованиях, производившихся СЭО. Во всяком случае точно установлено, что причиной заболеваний брюшным тифом явились именно бациллоносители.

Более всего брюшнотифозных больных поступало в конце войны. Много больных мы выявили и госпитализировали 7.У.1945 г. в г. Цербст на Эльбе в лагере репатриированных. В числе больных, кроме граждан СССР, в нашем госпитале лечились французы, голландцы, поляки, югославы, бельгийцы, итальянцы. Впоследствии мы госпитализировали около 500 таких больных, истощенных, испытавших на себе все ужасы фашистского плена. За 2 месяца последних боевых операций в Германии мы госпитализировали брюшнотифозных больных больше, чем за все годы войны, вместе взятые.

Собранный нами материал позволяет остановиться на некоторых клинико-диагностических особенностях брюшного тифа военного времени. Из всех больных брюшным тифом военнослужащих с правильным диагнозом поступило в ИГ только 47%. В 6,8% случаев ошибочно диагноснипочали сыпной тиф, в 7.7%—"тифозное состояние», в 8,9%— грипп, в 8,3% — туляремию, в 3% — пневмонию, в 4,7% — дизентерию и энтероколит и в 4,6% случаев — малярию. Кроме того, 9,1% больных брюшным тифом поступили под разными другими диагнозами. В то

же время в ИГ поступило 162 больных с диагнозом «брюшной тиф», причем этот диагноз не подтвердился. Фактически среди этих больных было больных гриппом 29,6%, пневмонией—14,8®/», сыпным тифом — 7,4%, туляремией — 20,9%, малярией — 7,4®/», энтероколитом — 4,3®/» и 15,6®/» с другими заболеваниями.

Чаще всего за брюшной тиф принимались ошибочно грипп, пневмония и бронхит, часто сопутствующие брюшному тифу. Дизентерия и энтероколит довольно часто предшествовали брюшному тифу. Что касается туляремии (генерализованная форма), то брюшной тиф принимали за туляремию и обратно преимущественно в период ее распространения — зимой 1942/43 г. Как далеко могут зайти ошибки, видно из того, что с диагнозом «брюшной тиф» к нам поступали больные с тромбозом синуса, поддиафрагмальным абсцессом, болезнью Верльгофа, инфекционной желтухой, лейкемией.

Как и всегда, весьма трудной, особенно в полевых условиях, оказалась диференцнальная диагностика с сыпным тифом.

Приводим надолго запомнившийся случай.

2. XI 1.1944 г. нз 7-Й день заболевания из очага* брюшного тифа и госпиталь поступил с диагнозом «брюшной тиф» младший сержант Р., 22 лет. Пецшчный осмотр больчого и дальнейшее клиническое наблюдение показали, что в данном случае имелся ие брюшной, а сыпной тиф. Внезапное начало, резкая головная боль с первого дня болезни, боль в икроножных мышцах, гиперемия .ища, инъекция сосудов, склер, ьозбу ж денное состояние, бое-л, частый пульс и, главное, обильная петехиальная, местами геморрагическая, сыпь из туловище и конечностях — все говорило о том, что это сыпной тиф. Некоторое сомнение могла вызвать температура (рис. 3).

В дня ожидаемого кризиса температурная конная не обнаружила тенденции К снижению. Однако такую прогностически тяжелую температуру мы объяснили в данном случае массивной двусторонней пневмонией. Лаборатория -нам в этом случае не только не ломот ла, но ввела в заблуждение (посев стерильный, картина крови нейтральная, положительная реакция Вейль-Феликса в рэоведении 1 :800). Окончательный диагноз госпиталя — сыпкой тиф. Больной погиб на 19-й день болезни. На секции — брюшной тиф.

Здесь приведена диагностика МСБ и госпиталей. Что касается ПМП, то почти в 80% случаев заболеваний, впоследствии оказавшихся брюшным тифом, на ПМП диагносцировали то грипп, то малярию, то лихорадочное состояние. Ранняя диагностика брюшного тифа по сравнению с другими инфекциями дает наибольшее число ошибок. Ошибки в диагностике на этапах эвакуации отчасти объясняются невозможностью задерживать больных в войсковом районе на срок, необходимый для клинического и лабораторного обследования больных. Ранняя симптоматика брюшного тифа, как известно, скудна, жалобы больного в первые дни неопределенны, неспецифичны и вне эпидемии дают очень мало для диагностики. Отсюда поздняя изоляция больных. Например, но нашим данным, только 53.9®/» больных были изолированы в первые 5 дней болезни. Необходимо учитывать, что в боевой обстановке больные часто не замечают продромов и нередко ошибочно называют дату начала заболевания. Это затрудняет своевременное выявление больных, что имеет большое эпидемиологическое, а также клиническое и прогностическое значение.

Приведем несколько примеров.

Рядовой П.. 27 лет, поступил из очага брюшного тифа. Точных данных о вакцинации нет. Считает себя больным с 24.X1, госпитализирован !.ХП. Доставлен издалека по тряской дооооге. Обшее состояние соелней тяжести, вялый, лицо гиперемировано; язык обложен, суховат. На коже живота единичные розеолы. Тоны сердца приглушены. Пульс 92 удя в а в минуту, ритмичный. Температура 39,8°, Живот мягкий, пальпируется плотный край селезекгоч. В ночь нл 2.ХП в состояния больного произошло внезапное изменение: появились боли в живого, рвота: живот напряжен. На операции: в брюшной полости гной; прободная язва точкой кишки в 30 си от места впадения ее в слепую. Смертельный исход в ночь иа З.ХП.

Старший сержант К-, 26 лет. Третий контактный случай бпюшного тифа в ХППГ. Привит поливакциной в апреле 1944 г. Поступил в ИГ 1.Х.1944 г. с диагнозом «брюшной тнф* с ясной клинической картиной уже на второй день болезни. 7.Х отмечены

явления перфорации. Больной оперирован. В тонких кишках обнаружены множестве»* аые перфоративные язвы. Смерть на 12-й день после операции.

Красноармеец Р., 18 лет, доставлен в госпиталь 4.1Х.1945 г. в 12 часов дня для оказания неотложной помаши. При тщательном опросе считает себя больным третий день, когда знезапко появились резкие боли в животе. Состояние крайне тяжелое. Высокая температура. Розеолы. Живот резко напряжен, вздут, болезнен. Больной немедленно направлен в хирургический госпиталь. На операции установлена множественная перфорация тонкого кишечника. Лабораторно подтвержден брюшной тиф.

Во всех приведенных случаях анамнестические данные (дата заболевания), несомненно, не соответствовали действительности. Заболевание началось в более ранние сроки по сравнению с теми, на которые указывали больные.

Приведем еще один показательный случай.

Лейтенант мед. службы К.. 22 лет, поступила из очага -брюшного тифа. Привита поливакциной. Считает себя больной с 23.Х1. Врач, осмотревший больную 28.Х1, нашел ее в таком хорошем состоянии, что до выяснения диагноза счел возможным «е

Рис. 3

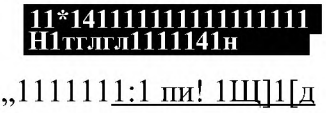


Рис. 4

назначать на эвакуацию в ИГ; больная не предъявляла никаких жалоб и выглядела цветущей. Смерть на 23-й день болезни при явлениях крайне резкой интоксикации.

Тем более легко могут быть вначале просмотрены, поздно изолированы и, что весьма важно, ошибочно диагносцированы заболевания с легкими и легчайшими формами, при которых брюшной тиф зачастую протекает клинически почти неуловимо.

Характерны следующие случаи.

Старший сержант Ч.. 35 лет, привит поливакциной. Поступил в ИГ 5.Х.1944 г. с диагнозом «пзратиф В», причем диагноз установлен эпидемиологически (в полку были заболевания паратифом и выявлены бациллоносители). Заболел 3.Х, Температура снизилась до нормы на 7-й день (рис. 4). Объективных клинических данных брюшного тифа не было (отсутствие сыпи, селезенка не увеличена), и мы были склонны диагносциропать это заболевание как грипп. После снижения температуры до нормы больной был выведен а изолятор « подвергнут тщательному лабораторному обследованию. Из крсви, взятой 6.Х, высеяна па.ючка Эберта, палочка из кала получена 11 и 20.Х1, палочка из мочи—12.Х и 17.Х1, Больной оставался в госпитале как бациллоноситель 3 месяца.

Рис. 5

Рис. 6

Лейтенант мед. службы К» 49 лет, привита поливакциной. Поступила в ИГ 28.Х1 аз очага брюшного тифа на 9-й день болезни (рис. 5). Больная не предъявляла жалоб, если не считать слабости. Окончательный диагноз установлен только 17.ХП, когда из мочи была высеяна палочка Эберта. Длительный бациллоноситель.

Ефрейтор С., 28 лет, привит поливакциной. Поступил с диагнозом «инфекционная желтуха» и уже был назначен к переводу в ТППГ, во оставлен, в последний момент по подозрению на брюшной) тиф (поступил из очага брюшного тифа). На протяжении всей болезни существенных жалоб не было. Температура снизилась до нормы на 7-й день болезни (рнс. 6). Из крови высеяна палочка Эберта.

Описанные легчайшие формы брюшного тифа мы встречали довольно часто у лиц, привитых поливакциной. О клинической эффективности по-

дивакцины свидетельствует небольшое число собственных наблюдений таких случаев, когда факт вакцинации был точно установлен. Речь идет о внутригоспитальном заражении брюшным тифом. За время войны в госпитале заболело брюшным тифом 13 человек, привитых поливакциной, в том числе 5 (молодых по стажу) .медсестер и 8 санитаров, что составляет весьма высокий процент к общему числу лиц, привитых поливакциной в нашем госпитале. У одного больного тиф протекал в крайне тяжелой форме, у троих — был средней тяжести, у остальных — в легкой форме. Летальных исходов не было. .

В 12 из 13 случаев наблюдалось постепенное нарастание симптомов, вследствие чего больные даже в ИГ были изолированы с опозданием (только трое больных изолированы в день заболевания).

Рядовой С„ 19 лет, санитар госпиталя. Работала в брюшнотифозном отделении, систематически вакцинировалась. Последний раз привита поливакциной 14. IV, 1945 г. Считает себя больной с 8.У1П.1945 г. 13МП, измерив температуру, обратилась к врачу 4рис. 7). Из крови высеяна палочка Эберта. Легкая амбулаторная форма брюшного тифа.

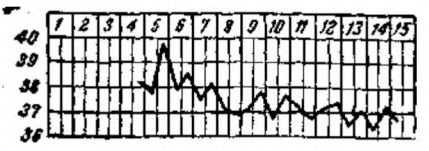


Рис. 7 Рис. 8

Ефрейтор Т., 27 лет, повар. Привит поливакциной 14.1У.1945 г. Заболел 26.У'ПГ.1945 г. Поздняя госпитализация из-за отсутствия существенных жалоб. Температурная кривая (рис. 8) не давала каких-либо указаний на брюшной тиф. Клинически неуловимая форма. Из крови высеяна палочка Эберта.

Младший сержант Б., 21 года, санитар брюшнотифозного отделения. Начиная С 1942 г., два раза в год — весной и осенью—прививалась поливакциной.' Заболела «рюшным гифом 12.111.1945 г. (палочка Эберта высеяна из крови). Реактивная форма Раннее высыпание розеол и увеличение селезенки. Рецидив (рис. 9). Брюшной тиф средней тяжести. *

Представляет интерес случай повторного заболевания.

Старший сержант К., 19 лет, медсестра. Болеж» брюшным тифом в 1931 г. Привита поливакциной в ноябре 1944 г. Перенесла брюшной тиф в легкой форме (положительная температура) -в марте 1945 г. Заболела 16.П1, раннее высылание розеол и

Рис. 10 **Рис. И**

увеличение селезенки. Лихорадочный период продолжался 12 дней (рис. (0)

вакцигмровама, несмотря на -перенесенный тиф. Псторное заболевание 25.71П.1945 г. паратифом В (палочка из крови). Очень легкая форма, вялое течение с увеличением селезенки на 9-й день и высыланием розеол на 10-Й день в стадии реко1гвалесцени!ии. Продолжительность лихорадочного периода, если не считать субфебрилитета—7 дней. (рИС. Ц). с/о

Таким образом, клиническое течение брюшного тифа у военнослужащих нашей армии в годы войны в целом было относительно благоприятным, Из наблюдавшихся осложнений на первом месте стоит пневмония (8,4% к общему числу больных). Причиной этого, повидимсму, является простуда до госпитализации больных.

Из 10 больных с кишечным кровотечением 8 поправились и 2 умерли.

Лейтенант Л,, 22 лет, данных о вакцинации кет. Поступил в ИГ в январе 1944 г. в тяжелом состоянии, на 14-й день болезни, что само по себе отягощало прогноз. В день поступления —профузное кишечное кровотечение, через 3 дня после этого — перфорация кишечника. Больной погиб от перитонита.

Это один из нередких случаев последствий поздней госпитализации.

Красноармеец Д., 26 лет, доставлен в ИГ из части 21.Х.1942 г, с диагнозом «пеиоколит*. Больной смертельно бледен, температура 35.6°, лульс 130, слабого наполнения и напряжения. Вместо стула — чистая кровь (отсюда столь неудачный диагноз). Больной погиб через 2 часа. На вскрытии--крегэотечеяие в просвет кишечника, брюшнотифозные язвы в нижнем отделе тонких кишок.

Шестеро больных с перфорацией кишечника, в том числе *2* своевременно оперированных, умерли, один оперированный выздоровел.

Смертность равна 4,1%. Несколько ниже (3,1%) смертность в группе привитых поливакциной НИИСИ. В этой группе тяжелые формы наблюдались в 14,2% случаев.

Особое место в нашем материале занимает большая группа репатриированных— непривитых, среди которых смертность составила 10,4%. Отмечено большое число осложнений: пневмонии, кишечные кровотечения, перфорации, отиты, сепсис.

Остается кратко сказать об организации работы в брюшнотифозном отделении. Больным создавались удобства, которые только можно было обеспечить в полевых условиях. На изолированном участке обычно устраивались палатки с деревянными полами и кроватями на сетках, которые мы всегда брали с собой для тяжелых больных. Задний тамбур палатки, сплошь застекленный, вдвое увеличивал ее световую площадь. Здесь же в тамбуре устанавливался стол дежурной сестры' или устраивалась раздаточная пищи. Две больших печи с равномерной теплоотдачей (строжайший противопожарный контроль: в палате тяжелые больные) создавали зимой температуру, постоянство которой в известной степени решало вопрос о профилактике и исходе пневмоний. Больные распределялись в палатках по степени тяжести: нетранспортабельные, тяжелые, реконвалесценты с постельным режимом и одетые. Реконвалесценты после брюшного тифа в команду выздоравливающих не направлялись. В каждой палатке имелся свой наиболее опытный персонал (сестра, санитарка, санитар-истопник), как правило, переболевшие брюшным тифом. Выздоравливающие из команды никогда не использовались для ухода за больными брюшным тифом. Выздоровевших выписывали в часть только после того, как троекратное исследование кала и мочи давало отрицательный результат. Длительные бациллоносители выписывались в часть только с согласия эпидемиолога.

Как правило, больные находились в госпитале до полного излечения и эвакуировались в тыл только в исключительных случаях. Первые 2—4 недели больные считались нетранспортабельными и в случае переезда госпиталя оставались на месте с группой обслуживающего персонала и охраной. Один случай транспортировки тяжелых брюшнотифозных больных на длительное расстояние из Черемхи в Брест заставил нас раз навсегда отказаться от таких перевозок: в пути у одного больного открылось кишечное кровотечение. К счастью, больной все же выздоровел.

На протяжении четырех лет войны в нашем распоряжении было все необходимое для лечения больных. Особое внимание уделялось пита-

нию. Больным назначался стол, обозначенный у нас как «брюшнотифозный»: больные получали белый хлеб, свежее мясо, молоко, овощи, тонкие каши, кисели, компоты, кофе, шоколад. Все наши лечебные мероприятия всегда базировались на прочной материальной основе. Здесь мы наглядно убедились, какие неисчерпаемые резервы для лечения больных солдат и офицеров советской армии предоставляет наша страна в распоряжение медицинской службы.

Выводы

1. За годы Великой отечественной войны из территории СССР, Польши, Германии брюшной тиф определился как неизменно эндемичная инфекция, не принявшая, очевидно, эпидемического распространения только благодаря противоэпидемическим мероприятиям.

2. При распознавании брюшного тифа необходимо учитывать, что больные, особенно в боевой обстановке, вследствие медленного нарастания симптомов, нередко называют более позднюю дату своего заболевания, чем есть в действительности. Отсюда вытекают ошибки в диагностике, неправильная оценка клинического течения, неточный прогноз.

3. Диагностика легких форм брюшного тифа, преимущественно у вакцинированных больных, чревата ошибками. Больные, выписанные в часть с диагнозом «грипп», могут оказаться распространителями брюшнотифозной инфекции.

4. Поздняя госпитализация и транспортировка брюшнотифозных больных в острой стадии резко ухудшают клиническое течение и отягощают прогноз.

5. Привитые поливакциной и заболевшие впоследствии брюшным тифом составляют весьма незначительный процент к общему числу лиц, привитых за последние годы войны в Советской Армии поливакциной НИИСИ. Поливакцина, как это видно из нашего материала, не дает полного иммунитета против брюшного тифа, но в ряде случаев улучшает клиническое течение болезни: привитые болеют более легкими формами по сравнению с непривитыми.

Голксгкпк м*л. службы С. Е. К) и ДЕВ

ПРОВЕРКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПОЛИВАКЦИНЫ НИИСИ ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ВСПЫШКЕ БРЮШНОГО ТИФА

В течение 1944—1945 гг. мы имели возможность проверить действие поливакцины НИИСИ в условиях эпидемической вспышки брюшного тифа на территории Германии.

Зимой 1944 и весной 1945 г. при продвижении наших войск по территории Польши мы встречали среди польского населения как отдельные случаи заболеваний, так и крупные очага брюшного тифа. На территории Восточной Германии мы обнаруживали много крупных очагов брюшного тифа.

Эвакуация населения из восточных районов Германии в западные, начатая немцами во время наступления Красной Армии, последовавшая затем реэвакуация, ухудшившиеся санитарно-гигиенические и бытовые условия (уничтожение немецкими войсками жилищ, водопроводов и т. д.) создали благоприятные условия для роста заболеваемости брюшным тифом. И действительно, начавшиеся вспышки в течение 1945 г. приняли размеры эпидемии.

О росте заболеваемости по районам Мекленбургской и по некоторым районам Бранденбургской провинций, где была расположена наша армия, можно судить по таким цифрам: в августе 1945 г. в Мальхинском районе было 18 заболеваний, в сентябре — 750; в Людвигслустском — в августе 19 заболеваний, в сентябре — 505 и т. д.

По всему району расположения армии среди гражданского населения за 71 день {с 1.УШ по 10.Х.1945 г.) заболело брюшным тифом 13 720 человек, а переболело в течение 1945 г. до 20% населения.

Брюшнотифозная эпидемия носила контактный, а отдельные вспышки— пищевой и водный характер.

В течение 1945 г. и особенно в июле—августе были вспышки брюшного тифа в отдельных лагерях для репатриированных граждан. В некоторых лагерях болело до 10% их личного состава.

Эпидемия среди гражданского населения Мекленбургской и частично Бранденбургской провинций длилась до начала 1946 г. Эпидемию затягивало бездействие немецких врачей. Больных не выявляли, не изолировали и не госпитализировали, хотя в больнице было достаточно коек.

Советское командование вынуждено было мобилизовать большое количество немецких врачей и направить их на борьбу с эпидемией. Немцы работали под руководством врачей Красной Армии — началось выявление больных, изоляция и госпитализация их, обработка очагов, организовано наблюдение за контактировавшимися.

К концу сентября 1945 г. было госпитализировано до 90% заболевших брюшным тифом, затем эпидемия пошла на убыль. В этой эпидемиологической обстановке и были проведены прививки поливакциной НИИСИ.

Всего в войсках нашей армии за время с января по июнь 1945 г. было привито 92% личного состава. Все привитые ощущали некоторое недомогание в течение первых суток после инъекции. Ко вторым суткам это чувство недомогания у большинства уменьшалось.

В месте введения вакцины образовывался инфильтрат, у некоторых довольно плотный и болезненный. Болезненность оставалась до 8—10 дней, а инфильтрат с каждым днем уменьшался и к 3—4-му дню отграничивался от окружающих тканей. Температурная реакция была незначительной, только в единичных случаях температура доходила до 38,5°. В этих единичных случаях потребовалось освобождение от работы и занятий; от физических работ освобождались лица, имевшие резкую болезненность в месте введения вакцины. В различных соединениях освобождение было дано 0,5—2% привитых.

Для выяснения эффективности действия поливакцины НИИСИ в создавшейся эпидемиологической обстановке мы проанализировали случаи заболевания красноармейцев различных возрастов. Больных брюшным тифом, привитых поливакциной НИИСИ, было 42,8%, непривитых и ранее не прививавшихся — 57,2%. Время прививок и дозировка проверялись по красноармейским книжкам.

Заболеваемость брюшным тифом среди привитых поливакциной НИИСИ была равна 1,3 на тысячу, а среди непривитых 20,2 на тысячу человек. Таким образом, по нашим данным, заболеваемость среди не привитых поливакциной НИИСИ в 15% раз больше, чем среди привитых.

При группировании всех привитых поливакциной НИИСИ по срокам, от момента иммунизации до начала заболевания, получены следующие данные:

Заболело после прививки (в %)

В первый месяц.	48.0	На четвертый месяц . . . • .	1,9
На второ!.....	.16.0	, пятый	1,9
, третий •	5,8	• шестой..... • ...	4,4

На седьмоймесяц . , ... • 3,4
, восьмой ,..... 2,4
, девятый 1,9
, десятый 2,4
На одиннадцатый месяц..... 2.4
. двенадцатый 4.4
Позднее 12 месяцев после прививки 1,0

Таким образом, 64% заболевших привитых заболели в первые два месяца после вакцинации. Это дает право утверждать, что иммунные свойства организма в ответ на введение поливакцины НИ ИС И достигают максимального развития к концу второго 'месяца после вакцинации.

Продолжительность приобретенного от вакцинации иммунитета не установлена. Но из имеющихся у нас данных видно, что заболеваемость брюшным тифом среди привитых поливакциной НИИСИ почти не повышалась, считая с третьего месяца и в течение последующих 10 месяцев после вакцинации, несмотря на ухудшение эпидемиологической обстановки.

П овидимо му, у привитых в течение этого срока в какой-то степени сохраняется иммунитет, полученный от вакцинации поливакциной НИИСИ. ’

То обстоятельство, что максимальный иммунитет развивается в первые два месяца после введения поливакцины НИИСИ имеет важное практическое значение.

В местах, эндемичных по брюшному тифу, в предвидении больших вспышек в определенное время, вакцинация поливакциной НИИСИ должна проводиться не позже чем за два месяца.

Из приведенных цифр видна целесообразность прививок поливакциной НИИСИ также и в эпидемический период. Из общего количества заболевших привитых заболевает в течение первых 30 дней 48“/о, па второй месяц—16%. Последующие месяцы дают очень небольшое количество заболевших среди привитых.

Для выяснения влияния вакцинации на тяжесть течения заболевания мы разделили всех заболевших брюшным тифом на три группы.

Первая группа — легкое течение заболеваний — характеризовалась укороченным периодом высокой температуры (не более 12 дней), незначительными явлениями или отсутствием интоксикации, отсутствием серьезных осложнений, благоприятно протекающим периодом реконвалесценции и значительно более коротким периодом госпитализации.

Вторая группа имела течение болезни средней тяжести, период высокой температуры не превышал 3—4 недель, имелись умеренные явления интоксикации. Тяжелые осложнения отсутствовали, период реконвалесценцми длился около 2—3 недель.

Третья группа имела тяжелое течение болезни с длительным периодом высокой температуры (более 4 недель), рецидивами и тяжелыми осложнениями. Период реконвалесценции превышал один месяц.

Получены следующие данные на каждые 1 000 заболевших.

Таблица I

Течение болезни	Привитые поливакциной НИИСИ (в %)	Непривитые (в %)
Легкое.....•.....	*2-2*	16.9
Средней тяжести.....	**47,8**	57.9
Тяжелое	**26,0**	25,2

Средн непривитых, у которых тиф протекал тяжело, в 17% случаев процесс был особенно тяжелым, чего в группе привитых мы не наблюдали.

Таким образом, количество случаев легкого течения болезни у привитых на 10% больше, чем у непривитых, за счет уменьшения случаев заболеваний средней тяжести.

Длительность лихорадочного периода была следующей (табл. 2).

Таблица 2

Продолжительность лихорадочного периода	Привитые (в	Неггивнтые (в М
До 10 дней	6,0	7 9
От 11 до 20 дней	440	49,2
, 21 . 30	43,7	3' ,8
, 31 . 40	..... 1.1.6.....	17.1
Больше 40 дней	4,4	4,9

Лихорадочный период от нескольких дней до одного месяца у привитых поливакциной НИИСИ наблюдался в 85% случаев, у непривитых — в 77,9%. Больше 30 дней лихорадочный период у привитых имелся в 15%, а у непривитых — в 22,1% случаев.

В среднем лихорадочный период при заболевании брюшным тифом привитого поливакциной НИИСИ длился 22,2 дня, непривитого — 24,7 дня.

Осложнения носили одинаковый характер как у привитых поливакциной НИИСИ, так и у непривитых. Количество осложнений было почти одинаковым. Однако заболевания у непривитых протекали более тяжело, что в свою очередь сказалось на смертности. Последняя у заболевших привитых составила 4%, у невакцинированных—12,4%.

Выводы

1. Заболеваемость брюшным тифом в коллективах, привитых поливакциной НИИСИ, в 15% раз меньше, чем в коллективах непривитых.
2. Иммунитет после вакцинации поливакциной НИИСИ наступает в наибольшей степени к концу второго месяца.
3. Длительность лихорадочного периода и количество осложнений у привитых и у непривитых почти одинаковы, но среди непривитых наблюдается больше тяжелых случаев, оканчивающихся смертью. Деталь ность средн непривитых в три с лишним раза больше, чем у привитых, составляя у первых 12,4%, а у вторых — 4% от общего количества заболевших.

*

Гвардии напитан мед, службы С. Н. СОРИНСОН

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОЛИВАКЦИНЫ НИИСИ И ТРИВАКЦИНЫ

В течение Великой отечественной войны в частях Красной Армии нашла широкое применение поливакцина НИИСИ. По сравнению с другими вакцинами она обладает двумя преимуществами: максимальной поливалентностью вырабатываемого иммунитета (брюшной тиф, паратиф А, паратиф В, дизентерия, холера, столбняк) и однократностью прививки. Эти преимущества поливакцины НИИСИ, позволяющие максимально сократить продолжительность прививочных кампаний и охватить прививкой большее количество бойцов, в военное время приобретает огромное значение.

Преимущества поливакцины определяют интерес к всестороннему ее изучению. Наиболее объективную характеристику вакцины можно составить на основании наблюдений, проводимых параллельно над приви-

тыми этой вакциной и другой вакциной, характеристика которой известна.

С этой целью весной 1944 г. мы взяли под наблюдение курсантов учебных батальонов Г[Л]-ского запасного полка, которым были привиты поливакцина (Московского института им. Мечникова, серия 236) и тривакцина (Московского института им. Мечникова, серия 425). Прививка проводилась согласно инструкциям ГВСУ Красной Армии. Вакцинации подверглись мужчины в возрасте 18—24 лет. Возрастной состав, конституциональная принадлежность, условия быта, питания и работы привитых обеими вакцинами были идентичны.

Привитые поли- и тривакциной как во время прививочной кампании, так и в дальнейшем на протяжении 5 месяцев наблюдения, находились в совершенно одинаковых условиях. В течение 2[г]/г лет до вакцинации (период немецкой оккупации) они прививкам не подвергались. Точными данными относительно прохождения ими прививок до 1941 г. мы не располагаем.

Для удобства изложения будем называть привитых поливакциной (196 человек) основной группой и привитых тривакциной (176 человек) — контрольной.

В обеих группах изучались: 1) реактивность вакцин, 2) антигенность вакцин и 3) иммуногенность тифозного компонента вакцин.

Реактивность вакцин изучалась путем измерения температуры у привитых через каждые 4 часа в течение суток после инъекции, осмотра места введения вакцины и опроса привитых. При констатации реакции подобное наблюдение продолжалось до ее исчезновения.

В обеих группах случаев бурной реакции на введение вакцины мы не наблюдали. Общая реакция выражалась в повышении температуры, редко выше 38,5°, ощущении общего недомогания, головной боли, отсутствии аппетита. Реакция возникала обычно в течение первых 8 часов после инъекции и продолжалась большей частью 12—20 часов. Повышение температуры до 37,5° учитывалось нами как слабая общая реакция и выше 37,5° — как выраженная.

Местная реакция заключалась в возникновении воспалительных изменений на месте введения вакцины, начиналась несколько позже общих симптомов (через 8—16 часов) и продолжалась дольше (24—48 часов). Наличие участка гиперемии диаметром менее 5 см на месте введения вакцины оценивалось как слабая местная реакция, а гиперемия более 5 см, так же как и возникновение инфильтрата, иногда сопровождавшегося болезненностью регионарных лимфатических желез, учитывалась как выраженная общая реакция.

Общие и местные реакции у привитых тривакциной возникали значительно чаще и протекали в более выраженной форме после первой инъекции, чем после второй и третьей, хотя повторно вакцина вводилась, как обычно, в больших дозах (0,5, 1 и 1 см"[1]).

У привитых поливакциной реакции возникали реже, чем после первой инъекции тривакцины. Но инъекции поливакцины чаще, чем инъекции тривакцины, приводили к возникновению на месте введения инфильтрата и были более болезненны.

Сопоставление реактивности двух вакцин показало, что, хотя объемная доза поливакцины в 4 раза превышала первичную дозу тривакцины (2 и 0,5 см^3), привитые реже давали реакцию на ее введение, а возникшие реакции в общем протекали слабее и быстрее, чем реакции на введение тривакцины.

Особенно большое внимание мы уделили изучению антигенных свойств поливакцины НИИСИ и тривакцины. Согласно современным воззрениям, количество антител в крови не всегда прямо пропорционально степени иммунитета, образующегося у привитых. Однако определен-

ная зависимость между ними, несомненно, существует. Вакцины с высокой антигенностью обладают и высокой иммуногенностью. Поэтому нарастающее количество антител, выявляемое реакцией Видаля, может служить показателем эффективности прививки.

Мы ставили реакцию Видаля троекратно: в основной и контрольной, группах в одни и те же сроки — через 55—60, 100—105 и 135—НО дней после первичной прививки. У всех привитых тривакциной и у половины привитых поливакциной реакция Видаля была поставлена и до прививки. Реакция Видаля ставилась обычным способом с убитой культурой брюшного тифа и паратифа в разведениях: до прививки — 1 : 25, 1 : 50, 1 : 100 и I : 200 и после прививки — I : 100, 1 :200, I : 400 и 1 : 800.

Результаты реакции представлены в таблице.

Как видно из таблицы, у части наблюдаемых еще до прививки констатировалась положительная реакция в разведениях от 1 ; 25 до 1 :200 в основной группе с тифозной культурой в 21%, с паратифозной — в 17% и в контрольной — соответственно в 28,4 и 18,8"/о. Невидимому, эти реакции обусловлены прохождением некоторыми курсантами противотифозных прививок в 1940—1941 гг. В больших титрах {1 : 100, I : 200} реакция Видаля до прививки обнаруживалась у лиц, ранее перенесших брюшной тиф. В основной группе было 3 человека, перенесших брюшной тиф, в контрольной — 9. Соответственно и процент положительных реакций в этих разведениях з основной группе был меньше (3), чем в кон трольной (8). Тут же укажем, что у большинства лиц, давших положительную реакцию Видаля до прививки, после прививки положительная реакция также наблюдалась чаще и в больших титрах, чем у остальных привитых.

Через 55—60 дней после прививки более чем у половины привитых поливакциной (64,6%) и тривакциной (65,3%) отмечена положительная реакция Видаля с тифозной культурой. В максимальных титрах (1 : 400, 1 : 800) реакции в основной группе выпадали реже, чем в контрольной (5,6 и 14,4%). Это частично обусловлено, как и до прививки, бдльшим числом переболевших брюшным тифом в контрольной группе. При повторном исследовании, проведенном через 40—45 дней после предыдущего (100—105 дней после прививки), отмечалось увеличение числа положительных реакций. Это увеличение в большей степени выражено в основной группе, где почти у всех привитых (97,9%) наблюдалась положительная реакция. В то же время в контрольной группе число положительных реакций достигло лишь 73,5%.

Особенно ясно выявляется превосходство антигенных свойств тифозного компонента поливакцины при сопоставлении процента максимальных титров в обеих группах. В основной группе число максимальных титров через 100—105 дней сравнительно с предыдущим исследованием (через 55—60 дней) увеличилось почти в 10 раз и составило 55,4% всех случаев. В контрольной группе процент положительных реакций в высоких разведениях не только не увеличился, но оказался меньше (10,2), чем при предыдущем исследовании (14,4). Последний факт заставляет предположить, что максимум накопления антител в контрольной группе имел место в промежутке между 60-м и 105-м днем после прививки и через 105 дней уже наблюдалось начинающееся уменьшение в их содержании. Если это так, то отмеченная разница в показателях обеих групп обусловлена тем, что мы сопоставили максимальные показатели основной группы с уже снизившимися контрольной. Большая разница в показателях обеих групп позволяет предположить, что максимум накопления антител в контрольной группе был ниже максимума в основной группе.

Последнее серологическое исследование было произведено нами через 135—140 дней после прививки. К этому времени число положительных реакций с тифозной культурой и их титры значительно уменьшились,

Антигенность тифозного и паратифозного В компонентов поливакцины НИИСИ и тривакцины

Когда произведено исследование	Название вакцины	Количество привитых	Реакция Видаля									
			с культурой брюшного тифа					с культурой паратифа В				
			отрицательная	положительная в разведении				отрицательная	положительная в разведении			
				1:25	1:50	1: 1С-0	; 1:200		1:25	1 ;5Л	1 »:*сп	| 1-.2ГЮ
До прививки	Поливакцина	100	I 79	12	6	2	1	83	6	5	0	3
			1 79.0	12,0	6.0	2,0	1,0	63,0	6,0	5,0	3,0	л.О
	Тривакцина	176	116	15	21	7	7	143	14		6	3
			71 6	8.5	11,9	4,0	4.0	Ы 2	8,0	' ».7	3.4	1.7
После прививки				1:100	1:200	1:400	1:800		1:300	1:2С0	1:400	1:800
Через 55 —СО дней	Поливакцина	124	69	69	45	0	И	64	31	21	14	62
			ЗР6	За, 6	23.2	—	5,6	31,0	16,0	10.8	7,2	32,0
	Трлвакцина	16/	68	58	2/	16	Я	62	43	27	16	19
			34,7	34,7	16,2	9,6	4.8	37.1	25,7	16,2	9.6	11.4
Через *1* (Г-Ю5 иней	Поливакцина	193	4	28	54	71	86	**4**	21	18	82	68
			2,1	14,5	28,0	36.6	18,0	2.1	10,9	9,3	42 5	35.2
	Тривакцина	166	44	73	_32_	16	1	9	55	64	29	9
			26.5	44,0	19,3	9,6	0,6	5,4 |	33,1	38.0	17,5	5,4
Через 135-143 дней	Поливакцина	193	79	63	39	12	Л	67	75	43	8	0
			40,9	32,7	10,2	6.2	—	-& 2	38,8	22,3	4,2	
	Тривакцина	165	68	71	18		0		71	31	16	п
			41,2	43,0	10,9	4,9	—■	о о	<□,0	18,8	9,7 ,	

Примечание. В числителе — абсолютные числа, в знаменателе — проценты.

разница в показателях обеих групп резко сократилась. Проценты положительных реакций в основной (59,1) и контрольной (58,8) группах выравнялись. Число более высоких титров (1 : 200, 1 : 400) в основной группе (26,4%) осталось больше, чем в контрольной (15,8%).

Анализ результатов реакций Видаля с тифозной культурой свидетельствует о более высокой антигенности тифозного компонента поливакцины, чем тривакцины. Достоверность подобного заключения подтверждается и тем, что до прививки положительные реакции чаще и в ббльших разведениях наблюдались не в основной группе, а в контрольной.

Представленные в таблице результаты реакции Видаля с паратифозной В культурой свидетельствуют о более высокой антигенности паратифозного компонента вакцин по сравнению с тифозным. А рпоп же вдвое меньшее содержание бактериальных тел в паратифозном компоненте вакцины (сравнительно с тифозным) давало основание предполагать обратное соотношение в накоплении тифозных и паратифозных антител. В основной группе интенсивность накопления паратифозных антител, так же как н тифозных, оказалась большей, чем в контрольной.

Это превосходство антигенных свойств паратифозного компонента поливакцины особенно четко выявляется при сопоставлении числа максимальных титров в обеих группах. Так, процент положительных реакций в более высоких разведениях в основной группе, уже через 55—60 дней .(39,2%) почти в 2 раза, а через 100—105 дней (77,7%) — более чем в 3 раза превысил показатели контрольной группы (21 и 22,9%). Общее количество положительных реакций осталось при этом в обеих группах, примерно, равным. К 135—140-му дню число и титры положительных реакций с паратифозной культурой, так же как и с тифозной, значительно снизились, разница между показателями обеих групп полностью выравнялась. Следует указать, что и в этот период в основной и контрольной группах число положительных реакций с паратифозной культурой несколько превышало таковое при постановке реакции с тифозной культурой, что свидетельствует о большей продолжительности нахождения в крови паратифозных антител, чем тифозных.

Высокий процент положительных реакций через 135—140 дней после прививки позволяет предположить, что в обеих группах еще в течение значительного времени количество антител в крови будет превышать исходное (наблюдавшееся до прививки).

Основным критерием иммунитета, образовавшегося после прививки, явилось отсутствие среди привитых поливакциной НИИСИ и тривакциной на протяжении 5 месяцев (с мая по сентябрь 1944 г.) случаев брюшнотифозных заболеваний. В то же время в течение месяца, предшествовавшего вакцинации, и в начале прививочной кампании в инфекционное отделение госпиталя из числа наблюдаемого контингента поступило 4 больных брюшным тифом. Двум из них за 3 и 10 дней до начала болезни была привита первичная доза тривакцины. Болезнь у них протекала в тяжелой форме и в периоде реконвалесценции рецидивировала. Интересно отметить, что накануне рецидива оба больных дали отрицательную реакцию Видаля, что лишний раз подтверждает связь между присутствием антител в крови и степенью иммунности организма.

Сопоставление заболеваемости брюшны-м тифом до и после прививки дает основание предположить, что вакцинация поливакциной и тривакциной оказалась эффективной и обеспечила прекращение заболеваемости брюшным тифом в 14-ском запасном полку. Такое предположение является тем более вероятным, что в период проведения данной работы среди окружающего гражданского населения было зарегистрировано

большое количество заболеваний брюшным тифом и паратифами.

Результаты сравнительного изучения реактивности, антигенных и иммуногенных свойств поливакцины НИИСИ и тривакцины позволяют сделать следующие выводы:

1. Поливакцина НИИСИ менее реактивна, чем тривакцина.
2. Тифозный и паратифозный В компоненты поливакцины НИИСИ обладают более высокими антигенными свойствами, чём соответствующие компоненты тривакцины.
3. Тифозный компонент поливакцины НИИСИ и тривакцины обладает высокой иммуногенностью.
4. Низкая реактивность, высокие антигенность и иммуногенность, а также удобство применения (однократность прививки) выдвигают поливакцину НИИСИ в число лучших профилактических вакцин.

Подполковник мед. службы С. А. САВВ АЙТОВ

ПИЩЕВАЯ ТОКСИКОИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ ВАС. ЕИТЕК1ТЮ15 ОИВЫМ

Основная масса пищевых бактериальных отравлений, как известно, •относится к так называемым пищевым токсикоинфекциям, вызываемым различными возбудителями, преимущественно входящими в группу салмонелл.

Клиническая картина этих заболеваний неоднородна. Надо полагать, что пестрота клиники обусловлена совокупностью причин, среди которых немалое значение принадлежит природе возбудителя, вызвавшего за. болевание.

Однако здесь один из основных принципов современной медицины— этиологический подход — не нашел себе надлежащего применения * *. Не проведены еще до снх пор клинико-бактериологические параллели. При описании пищевых токсикоиифекций указывается целая группа возбудителей, их вызывающих, и обычно дается перечень нескольких клинических форм, наиболее часто встречающихся, причем основное место в клинике отводится гастроэнтериту.

Нужно думать, что дальнейшее изучение пищевых токсикоиифекций позволит выявить ряд закономерностей между клиникой заболевания и характером возбудителя, т. е. выделить ряд клинических форм по этиологическому признаку.

В настоящей статье дается описание клинической картины пищевой токсикоинфекции, вызванной Вас. еп1егН1<115 диЬПп. Наблюдение проведено на материале вспышки в несколько сот случаев, возникшей среди лиц одного коллектива, связанных общим источником питания. Более 200 заболевших были госпитализированы в первые же часы заболевания и подверглись тщательному исследованию и наблюдению. В. еп[Л]епТМш йнЬПп, по классификации Кауфман-Уайта, входит в подгруппу В группы салмонелл, чаще всего вызывая заболевание у крупного рогатого скота.

Употребление в пищу мяса больного животного может вызвать пищевое отравление. В наших случаях источником заболевания послужила пища, приготовленная из туши животного, забитого без достаточного:

[1] Ботулизм, как бактериальное отравление, а не токснноинфекция, не входит- • »руг разбираемых заболеваний

ветеринарного надзора и, как было в последующем установлено, зараженного В, еп1егшсП5 биЬНп.

Заболевание развивалось спустя 3—6 часов после принятия пищи. У подавляющего большинства больных скрытый период равнялся 4 часам. Какой-либо закономерности между длительностью инкубационного периода и количеством съеденной пищи выявить не удалось.

Во всех случаях заболевание начиналось крайне остро. Среди полного благополучия появлялся резкий озноб, длившийся около I — 1ı/г часов, с подъемом температуры до высоких цифр и сменявшийся ощущением жара. С самого начала больные испытывали мучительную головную боль. Многие жаловались на ломящие или тянущие боли в конечностях и пояснице. Столь выраженные явления наступившего заболевания сразу же заставляли заболевших прекращать работу и искать медицинской помощи.

В первые часы больные были достаточно активны, слегка возбуждены. Красное лицо, блестящий взгляд соответствовали обычному виду лихорадящего больного. В тяжелых случаях гипертермия сочеталась с бледным лицом с синюшным оттенком. В последующем развивалась резкая общая слабость, вялость и у многих сонливость. У некоторых наблюдалось затемненное сознание н бред. Заболевание длилось 2—3 дня. В последующие 5 дней реконвалесценты испытывали значительную слабость, которая сравнительно быстро проходила. Каких-либо осложнений, а также летальных исходов не наблюдалось. Средняя продолжительность пребывания в стационаре равнялась 5 суткам.

Желудочно-кишечные явления хотя и имели место у наблюдаемых нами больных, но не являлись ведущими, а у многих и вовсе отсутствовали (у 22% всех больных). У 26% заболевших единственным явлением со стороны органов пищеварения была боль в животе, как правило, весьма умеренная, которую констатировали только при пальпации брюшной полости. У остальных 52% налицо были явные, хотя и нерезко выраженные явления гастроэнтерита (тошнота, рвота, понос).

Симптомы гастроэнтерита определялись через несколько часов после начала заболевания и лишь в отдельных случаях вначале. Тошнота и рвота были скоропроходящими, рвота обычно была однократная. Рвотные массы остатков пищи не содержали. Тошнота наблюдалась у 24%. рвота — V 22,5% всех заболевших. У многих тошнота предшествовала рвоте. В 3% констатировалось слюнотечение.

Понос наблюдался у 40% всех больных, появлялся спустя 3 и более ‘часов с момента заболевания, только у немногих был продолжительным. Обычно испражнения не теряли калового характера и не содержали патологических примесей. Случаев стойкой диарреи с явлениями обезвоживания не встречалось.

У большинства больных язык был обложен беловатым налетом, всегда влажен, часто несколько утолщен. Зев гиперемирован.

При осмотре живота обнаруживалось его умеренное вздутие. При поверхностной пальпации болей не отмечалось, но при глубоком прощупывании больные часто указывали на болезненность по ходу толстого кишечника, главным образом в нисходящем его отделе, где нередко (в 38%) определялось урчание.

Физикальное исследование сердца патологии не выявляло. Пульс либо соответствовал температуре, либо несколько отставал; его мягкость указывала на понцЛение сосудистого тонуса. Понижение минимального кровяного давления иллюстрируется следующими цифрами: 70 и выше — 13,9%, 69—60—22,2%, 59—50 — 20%, 49—40 — 25% ниже 39 — 16.7%.

Таким образом, понижение минимального давления ниже 70 отмечалось в 83,9%. То же наблюдалось и с максимальным давлением.

Весьма ясные изменения были получены при исследовании крови:

Количество лейкоцитов (в %)		Сдвиг формулы влево:	
Менге 8003	9	Палочковидных нсйтрофалов В % Менее 4	7.4
5 -боом	9	4-1о	23,9
6 -8033	3 »	10-15	25.5
8-10м-Ю	25,3	15 -2>	22,3
10— 1о'0)	2п7	Свдшг 20	2о,9
Сэлшг 15 003	3		

Как видно, в 52% случаев наблюдался лейкоцитоз и в 92,6% случаев был ясный сдвиг влево.

В 91% случаев констатировалась анэозинофилия, почти в половине всех случаев наблюдалась лимфопения. РОЭ заметно не изменялась.

Высеять возбудителя из 50 посевов крови удалось в 2 случаях, а из 50 посевов испражнений — в 8 случаях.

. Сыворотка реконвалесцентов агглютинировала В. егйегИасНз биЫш* в высоких разведениях {до 1 : 1 600).

Лихорадочный цикл не превышал трех суток. Субфебрильная температура (до 38°) наблюдалась только у 4,5% больных; температура 38—39° была у 26,9% и у 68,6% превышала 39°, причем у очень многих была выше 40°.

Обычно температура, поднявшись в начале заболевания, держалась на постоянных цифрах в течение всего лихорадочного цикла и в последующем критически падала до нормы.

Тяжелое состояние наблюдалось у 7% заболевших. Отсутствие летальных исходов в значительной мере следует объяснить ранней госпитализацией и рациональной терапией. Последняя сводилась к дезинтоксикации (промывание желудка, слабительные, внутривенные и подкожные вливания физиологического раствора и глюкозы) и назначению сердечных средств.

Выводы

1. Клиническая картина наблюдавшихся нами заболеваний, вызванных Вас. епЕегПцПз 4иЫ!п, характеризовалась главным образом выраженными явлениями обшей интоксикации, внезапным развитием болезни, начинавшейся резким ознобом, головной болью и повышением температуры.
2. Заболевания продолжались 2—3 дня и заканчивались при критическом падении температуры.
3. Интенсивная головная боль, значительное падение кровяного давления, наклонность к спазмам толстого кишечника и явления со стороны нервной системы указывали на нейротропный характер токсина.
4. Желудочно-кишечные явления наблюдались не во всех случаях, были выражены умеренно и не давали картины бурного гастроэнтерита.
5. Наблюдались значительные изменения со стороны белой крови, выражающиеся лейкоцитозом, сдвигом формулы влево, анэозинофилией и лимсЬопенией.
6. Отсутствие летальных исходов, несмотря на наличие тяжелых клинических форм, следует объяснить ранней госпитализацией, энергичной терапией и высокой иммунобиологической реактивностью заболевших (молодой возраст, физическая развитость и полное здоровье перед заболеванием).

Полковник СлуЛ'Гы пдрж. р, р КАЛМЫКОВ

ПОРТАТИВНЫЙ НАБОР ДЛЯ ХЛОРИРОВАНИЯ И КОАГУЛЯЦИИ воды

Практика войны подтвердила эффективность обеззараживания воды хлором. Этот метод получил широкое распространение на всех фронтах в различных климатических и географических условиях. Помимо хлорирования воды в резервурах, широко применялось обеззараживание воды хлорной известью непосредственно в колодцах. Сейчас хлорирование производится и на большинстве городских водопроводов. Желательно распространить это мероприятие и на сельские места.

Однако для правильного хлорирования необходим ряд предварительных, правда, весьма простых, лабораторных манипуляций. Человек, обеззараживающий воду хлорной известью, как и другими препаратами хлора, сталкивается с рядом неизвестных, которые ему нужно определить: «хлорпотребность» данной воды и активность самого реактива, т. е. крепость хлорной извести. Как известно, содержание в хлорной извести «активного» хлора колеблется в очень широких размерах. Хлорирование приблизительными дозами часто ведет к порче вкуса воды. При уменьшении же дозы действие хлора может оказаться ненадежным.

При хлорировании воды непосредственно в колодце надо, кроме того, знать интенсивность разбора воды, скорость пополнения запасов ее (дебет колодца), проточную скорость воды того водного горизонта, которым питается колодец. Поэтому уверенность, что вода надежно обеззаражена, может дать только проба на остаточный хлор. Для этого требуется какое-то простейшее приспособление и несложная, но достаточно точная методика.

Методы установления дозы хлора и исследования действующих препаратов его достаточно разработаны. Но эти методы в их обычном виде для полевых целей не всегда пригодны, так как требуют лабораторного оборудования и квалифицированного персонала. Поэтому появилось немало предложений, упрощенно решающих поставленные задачи. В результате обобщения и сравнительной оценки всех этих предложений Красная Армия получила специальный лабораторный набор для определения доз хлора и коагулянта. Набор помещается в довольно объемистом ящике размером 30,5 X 15 X 22,5 см и весит около **4** кг. В военно-полевых условиях он оказался довольно обременительным. Кроме того,, имеющиеся в наборе стеклянные стаканы часто ломаются.

Мы предлагаем новый карманный наборчик в матерчатом чехле. Методы работы с этим набором в основном те же, что и с набором в ящике, но объемистые и непортативные стаканы мы заменили пробирками. Объем воды, идущий в пробу, уменьшен с 200 до 20 мл. Соответственно уменьшена и концентрация растворов — вместо 1°/н раствора хлорной извести берется 0,Р/«. Это и позволило создать миниатюрный набор, легко помещающийся в кармане врача, фельдшера, санинструктора.

Набор смонтирован на куске плотной материи, имеющем гнезда для всех деталей. В число последних входят: 3 пробирки с метками на 20 и 10 мл; 2 небольшие пипетки, дающие капли определенного размера —

25 (24—26) капель равны 1 мл; стеклянная палочка — пестик; 6 трубочек для сухих и растворенных реактивов (бисульфат кристаллический, .иодистый калий, также в кристаллах, сухой крахмал специальный, 0,1% раствор хлорной извести, раствор гипосульфита 0,068%, алюминий сернокислый 1%, ложечка-мерка на 0,5 г сухой хлорной извести). Размер всей укладки 16 X 10X3 см, вес 125 г. Таким образом, наш набор по весу меньше в 32 раза, а по объему в 20 раз, чем набор в ящике.

Набором можно определить: хлорпотребность воды; остаточный хлор •в воде; процентное содержание хлора в хлорной извести и других содержащих хлор препаратах (гипохлоритах, хлораминах, таблетках для ■ обеззараживания воды и пр.); количество коагулянта, требующегося .для осветления воды.

Необходимые растворы—0,1% хлорной извести, 0,068% гипосуль-<фита (1 мл соответствует 0,1 мг хлора, 1 капля — 0,004 мг), 1% раствор коагулянта (сернокислого алюминия или железа) приготовляют в аптеке части (полка и др.). Исходные реактивы необходимо отвешивать на обычных роговых весах с максимальной точностью. Количества их для большей точности следует рассчитывать на 1 л или 0,5 л. Готовыми рабочими растворами заполняют соответствующие пробирки. Раствор хлорной извести годен 3 дня, гипосульфита—10 дней, коагулянта — один месяц.

В самостоятельном изготовлении растворов нет нужды. Это подтвердил опыт войны, когда растворы для хлорирования воды готовили аптеки полка, они же и руководили хлорированием. Там, где нет весов, сухую хлорную известь можно отмерить меркой в 0,5 г, имеющейся в наборе, но при этом придется считаться с возможностью большой неточности.

Специальный сухой крахмал готовят из обыкновенного растворимого крахмала. Сначала приготовляют 5 или 10% раствор обычным способом, затем раствор высушивают и растирают в порошок. Так как приготовление сухого крахмала кропотливо, лучше наладить снабжение этим препаратом в централизованном порядке или через крупные лаборатории.

Определение хлорпотребности воды. Три пробирки наполняют до метки (20 мл) исследуемой водой. Пипеткой добавляют 0,1% раствор хлорной извести (той самой, которая будет использована при фактическом хлорировании воды): в первую пробирку 2 капли, во вторую — 3 капли, в третью—4 капли (при мутной и окрашенной воде добавляют 2—4—6 капель). Пробирки закрывают пробками, перемешивают воду (опрокидыванием) и оставляют в покое. Через 30 минут определяют в воде остаточный хлор.

Для этого в каждую пробирку добавляют 5—10 кристалликов йодистого калия и перемешивают воду. Затем во все пробирки прибавляют на конце стеклянной палочки очень немного специального сухого крахмала и вновь размешивают воду. В той пробирке, где имеется остаточный хлор, вода окрасится в синий цвет, тем более интенсивный, чем больше в ней хлора. Для определения точного количества остаточного хлора прибавляют другой пипеткой по каплям раствор гипосульфита (0,068%), начиная с пробирки, имеющей наиболее слабую окраску. После добавления каждой капли воду тщательно перемешивают. Если вода обесцвечивается от одной капли гипосульфита, остаточного хлора мало — меньше 0,2 мг/л, доза для хлорирования мала. Тогда добавляют гипосульфит в следующую пробирку. Пригодна та пробирка, где вода обесцвечивается от 2 капель гипосульфита, т. е. содержит от 0,2 до 0,4 мг хлора в литре.

Выбрав пробирку, делают расчет количества хлорной извести, необходимой для фактического обеззараживания воды. На каждый литр

обрабатываемой воды нужно брать сухой хлорной извести (в миллиграммах) в 2 раза больше числа капель раствора хлорной извести, введенного в выбранную пробирку. Например, необходимо обеззаразить 1 090 л воды. Выбрана вторая пробирка, куда введено 3 капли раствора хлорной извести. На 1 л потребуется двойное количество миллиграммов (6 мг) сухой хлорной извести, на I 000 л соответственно 6 000 мг, или 6 г.

Определение остаточного хлора в хлорированной воде. Набирают в пробирку 20 мл прохлорированной воды, добавляют йодистого калия, сухого специального крахмала и тщательно перемешивают воду. Если вода содержит остаточный хлор, она окрасится в синий цвет. Точное количество его определяют добавлением раствора гипосульфита по каплям до обесцвечивания. Это количество (в миллиграммах на литр) равно числу капель гипосульфита, умноженному на 0,2 (или разделенному на 5). Например, на обесцвечивание потребовалось 8 капель, количество остаточного хлора в воде составляет 0,2X8 = 1,6 мг/л.

Определение процентного содержания активного хлора в извести и в других хлорсодержащих препаратах (хлорамине и пр.). Приготовляют 0,1®/» раствор исследуемого вещества. В пробирку наливают 10 мл (до нижней метки) дестиллированной или прокипяченной >н профильтрованной воды. Добавляют в эту воду пипеткой 10 капель приготовленного раствора. Присыпают на кончике палочки бисульфата натрия. Размешивают и добавляют около 20 кристалликов йодистого калия, а после его растворения — крахмал. Тщательно перемешивают и добавляют пипеткой гипосульфит по каплям до обесцвечивания раствора.

Расчет очень простой — процент активного хлора в хлорной извести или другом препарате равняется количеству капель гипосульфита, пошедшего на обесцвечивание.

Определение содержания хлора в таблетках «гипохлорит», «пантоцид» и др. Одну таблетку растворяют в 500 мл дестиллированной или прокипяченной и отфильтрованной воды. После полного растворения и перемешивания отливают в пробирку 10 мл раствора, добавляют бисульфата натрия, йодистого калия (20 кристаллов) и крахмала. Затем добавляют по каплям раствор гипосульфита до обесцвечивания.

Окрашивание, вторично появившееся после того, как раствор был обесцвечен, значения не имеет.

Количество активного хлора в таблетке равняется количеству капель гипосульфита, умноженному на 0,2 (или разделенному на 5).

Выбор дозы коагулянта. Наполняют три пробирки испытуемой водой до верхней метки — 20 мл. Добавляют в первую пробирку 4 капли, во вторую — 6 капель, в третью—8 капель 1% раствора коагулянта. Закрыв пробки, воду тщательно перемешивают, после чего наблюдают в течение 5—10 минут. Выбирают пробирку, в которой образуются отчетливые, хорошо оседающие хлопья коагулянта. При отсутствии коагуляции опыт повторяют с ббльшим количеством капель.

Расчет производится следующим образом. На каждый литр обрабатываемой воды нужно ввести сернокислого алюминия (в миллиграммах) в 20 раз больше числа капель раствора коагулянта, введенного в выбранную пробирку. Например, выбрана третья пробирка, куда добавлено 8 капель 1®/о раствора коагулянта: на 1 л необходимо добавить 8 X 20 = 160 мг сухого коагулянта, на 1 000 л — 160 г.

Испытания наборчика, проводившиеся в нашей лаборатории, подтвердили полную пригодность его для хлорирования и очистки воды в поле. Нет сомнения, что наборчик облегчит сельским медицинским работникам хлорирование воды на селе, на новостройках и пр.

★

Ма^р мед службы А. С. ГРОМОВ

К ВОПРОСУ ДЕЗИНФЕКЦИИ РУК И ПОСУДЫ В ПОХОДНО-ПОЛЕВОЙ ОБСТАНОВКЕ

Проблема простой и эффективной дезинфекции рук и индивидуальной посуды в полевых условиях довольно сложна, особенно в военное время, когда санитарно-гигиенический режим может легко нарушиться. В то же время обеззараживание рук и посуды — одна из наиболее существенных мер борьбы с желудочно-кишечными инфекциями.

Опыт первой мировой войны почти ничего не дал в этом отношении. Работ, экспериментально обосновывающих эффективность тех или иных методов дезобработки рук или индивидуальной посуды, нет. В наставлении по противоэпидемическому обслуживанию войск и в учебниках рекомендуется при наличии желудочно-кишечных заболеваний мыть руки 0,2й/» раствором хлорной извести, а посуду обрабатывать кипятком. Время экспозиции, однако, не указывается.

Объектом нашего исследования явилась х л *о* р н а я известь. Вопрос о применении хлорной извести для дезинфекции не нов. Впервые ее применил для обработки рук хирург Земмельвейс в 1847 г. По Кург-Маркузе, 1°/о раствор хлорной извести убивает кишечную палочку в 20 секунд. По Окуневскому, 0,0! — 0,024% раствор хлорной извести убивает палочку брюшного тифа в 15 минут. Указывается в то же время, что в присутствии белков хлорная известь действует слабее. Так, 2% раствор в этом случае убивает кишечную палочку лишь через 5 минут (Курт-Маркузе).

Мы работали с живыми культурами бактерий брюшного тифа, паратифа А, паратифа В, дизентерии Флекснера и Шига-Крузе. Культуры бактерий в виде эмульсии мы наносили на тщательно вымытые или умышленно загрязненные пищей исследуемые предметы (ложки, кружки, котелки). Через известные промежутки времени после воздействия хлорной извести или других веществ делали смыв в заранее приготовленные пробирки с сахарным бульоном. Для смыва пользовались тампонами, которые стерилизовали вместе с пробирками. Посевы ставили в термостат на 24 часа, затем делали пересевы на среды Эндо и другие.

В ряде случаев при повторных одинаковых экспериментах мы получали разные результаты, что связано с различной степенью загрязнения посуды, неодинаковой интенсивностью заражения культурой, различием материала, из которого приготовлена посуда (дерево, металл, эмаль и т. д.). Подобные отклонения всегда бывают в практической жизни. Поэтому мы сознательно не добивались абсолютной однородности результатов экспериментов и оперировали с средними числами, как наиболее применимыми для практических выводов. Полученные результаты действия хлорной извести в этих условиях показывают, что 1% раствор хлорной извести, содержащей 25% свободного хлора, в течение 15—20 секунд полностью обеспложивает посуду или руки, как бы сильно они ни были загрязнены бактериями тифозно-дизентерийной группы.

Предварительно вымытые посуду и чистые руки 1% раствор хлорной извести освобождает от бактерий в 2—5 секунд. По существу для этого достаточно однократного быстрого погружения рук в раствор.

Общепринятый 0,2% раствор хлорной извести действует также удовлетворительно, но при недостаточно чистых руках или посуде требуется экспозиция от 1 до 2 минут. Более слабые растворы хлорной извести неэффективны.

Так как желудочно-кишечные заболевания бывают главным образом летом, то вторым объектом нашего исследования явилась проверка действия наиболее доступного летом средства — солнечных лучей.

Кричевский сообщает, что возбудитель дизентерии под воздействием прямого солнечного света гибнет в 30 минут. Коршун для палочки брюшного тифа, близкой по резистентности к дизентерийной, указывает время в 4—8 часов. Мюр и Ритчи для брюшнотифозных бактерий указывают срок в 1*/± часа. Это же время приводится в известных опытах Бухнера н Уарда по выращиванию культуры брюшнотифозных бактерий на чашках Петри, подвергаемых облучению солнечными лучами. Споры сибирской язвы, по Арлуаку, гибнут от прямого солнечного света за 29—54 часа при дробном применении. Палочки туберкулеза, по Финзену, гибнут от ультрафиолетовых лучей в 2 минуты. Все это относится к чистым культурам в чистом эксперименте.

По вопросу о действии солнечного света на микроорганизмы, находящиеся в почве, воде или на предметах, данные расходятся еще больше. Если, по Бухнеру, бактериологическая флора почвы под действием солнечных лучей в течение 5 часов уменьшается на 20%, а кишечная палочка в речной воде гибнет в течение часа, то, по Коршуну, бактерии тифозной группы выживают во влажной почве до 5 месяцев. Бард же находил их в почве даже через 2 года.

Как видно, единого взгляда на этот вопрос нет. Работая по описанной выше методике в условиях, приближенных к реальной жизни, мы получили данные, показывающие, что использовать солнечную энергию в полевых условиях как уффективный дезинфицирующий фактор нельзя даже в сравнительно жарком климате с летней температурой от 32 до 40° в тени. Возбудители брюшного тифа и паратифов на посуде, подвергшейся освещению прямыми солнечными лучами, выживают от 3 до 5 часов, дизентерии — от 2 до 4 часов. На посуде, имеющей остатки пищи, срок этот удлиняется до 7—8 часов. В обстановке, когда исключен* действие прямых солнечных лучей, этот срок удлиняется в несколько раз. В повседневной практике выдержать подобные сроки, разумеется, невозможно.

В почве, на влажных деревянных предметах, кирпичах, войлоке и т. и., защищенных от чрезмерного нагревания, бактерии тифозно-дизентерийной группы, несмотря на действие прямых солнечных лучей, выживают даже в поверхностных слоях до 8 часов. В воде — более 4 дней.

В почве, на дереве, на кирпиче, не защищенных от быстрого высыхания и от нагревания лучами солнца до температуры 45—70°, бактерии тифа и дизентерии, как показали наши исследования, гибнут в течение 30—60 минут.

Действие горячей воды на чистые культуры микробов общеизвестно, однако и здесь данные различных авторов также разноречивы. Коле и Гетч указывают, что кишечная палочка при температуре воды в 60° гибнет за час. Гамалея указывает 15 минут; он же пишет, что бактерии тифа при 56° гибнут за 30 минут, а дизентерии — при 55° за час. По Омелянскому, большинство бесспоровых микробов при 50—60° гибнет за 30 минут, а при 70°—за 5—10 минут. По Мюр и Ритчи, бактерии брюшного тифа при 56° отмирают за 10 минут, по Коршуну, при 60° — за 5—10 минут. Чистович считает, что палочка Моргана при 60° погибает за 2 минуты. По Пачке, в жидкой незагрязненной среде бактерии тифа при 70° гибнут в 1—3 секунды, при 60° —в 30—60 секунд.

Изучая результаты обеззараживания различных объектов при различных степенях загрязнения их, мы установили, что бактерии тифозно-паратифозной группы при температуре воды в 60° выживают на посуде 20—30 минут, при 70° — 10—15 минут, при 80° — 2—5 минуты, при 90° — 3—5 секунд, в зависимости от степени загрязнения и массивности посуды. При 100° микробы гибнут в воде за 1—*2* секунды. Отсюда следует, что мытье и ополаскивание посуды в теплой воде, имеющей температуру 50—60°, при малых экспозициях неэффективно.

Одновременно мы испытали дезинфицирующие свойства солевого раствора, а также феноловых препаратов.

Раствор поваренной соли даже в 1СР/» концентрации оказался не* эффективным. Лизол и фенол для обработки столовой посуды н рук практически также не пригодны, так как оставляют трудно удаляемый запах. Резюмируя наши наблюдения, мы приходим к заключению, что наиболее рациональный метод дезинфекции посуды — погружение ее в кипяток на несколько секунд. Когда невозможно все время иметь кипящую воду, рекомендуется обработка посуды 1% раствором хлорной извести. Через 10—20 секунд запах хлора можно удалить, ополаскивая посуду чистой водой.

Недостатком этого метода является коррозирующее действие хлорной извести. Однако, если воздействие хлора непродолжительно, а ополаскивание сделано хорошо, окисление металла незначительно. С этим недостатком по необходимости приходится мириться.

Руки рекомендуется погружать в 0,5—1% раствор хлорной извести на 1 секунду и, не вытирая, высушивать на воздухе.

Проверка указанного метода дезинфекции посуды и рук в практике борьбы с желудочно-кишечными инфекциями подтвердила его целесообразность. Проверка происходила при следующих обстоятельствах.

Осенью 1941 г. и весной 1942 г. в одном из армейских соединений расквартированных на юге, возникли заболевания дизентерией, охватившие до 3% личного состава.

В связи с этим были проведены следующие мероприятия:

1. Введено обязательное централизованное хлорирование воды для всех надобностей (даже в бане).
2. Возле выхода из уборных повешены умывальники с 1% раствором хлорной извести.
3. На пищеблоках для кухонного персонала были установлены умывальники с 0,5% раствором хлорной извести.
4. Три раза в день, перед приемом пищи, весь личный состав в обязательном порядке (строем) проходил обработку рук 0,5% раствором хлорной извести.
5. Всю индивидуальную посуду (ложки, кружки, котелки) перед приемом пищи обрабатывали кипятком, для чего были поставлены специальные большие котлы с непрерывно кипящей водой.
6. После еды посуду в обязательном порядке мыли горячей водой.
7. Дополнительно было введено мытье зелени и фруктов (вишня, яблоки, виноград) в 1% растворе хлорной извести с ополаскиванием их затем чистой водой. Зелень мыли непосредственно в ларьках (покупка зелени в других местах была недоступна). Фрукты после обработки не теряли вкусовых качеств и не портились.
8. Попутно были осуществлены меры по борьбе с мухами. Территорию очистили, уборные герметизировали к своевременно очищали. Навоз ежедневно удаляли за 4—5 км. Помойные ямы плотно закрывали.

В результате всех этих мер заболеваемость дизентерией резко снизилась. Несмотря на теплый климат, обилие овощей и фруктов, за все лето 1942 г. (с мая по октябрь) заболеваемость по соединению была равна 29 на 10 000 человек.

На основании проведенных нами лабораторно-экспериментальных исследований и наблюдений можно заключить, что в полевых условиях наиболее простым и эффективным способом дезинфекции индивидуальной посуды, когда невозможно кипячение ее, является обработка I^{e}/» раствором хлорной извести, с последующим ополаскиванием водой. Чистые посуду и руки этот раствор обеззараживает в 1—2—3 секунды, грязные — в 10—20 секунд. Более слабые растворы хлорной извести — 0,1—0,2% — действуют ненадежно и требуют большой экспозиции.

★

В УЧЕНОМ МЕДИЦИНСКОМ СОВЕТЕ ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВ МУ ВС СССР

Полковник мед. службы В. В. СКВОРЦОВ

ИТОГИ ПЛЕНУМА ГИГИЕНИЧЕСКОЙ СЕКЦИИ УЧЕНОГО МЕДИЦИНСКОГО СОВЕТА ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВМУ ВС СССР

С 8 по 12 июля 1946 г. происходил пленум гигиенической секции Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-медицинского управления ВС СССР. На пленуме присутствовали представители округов, флотов и флотилий, а также профессора и преподаватели общей и военной гигиены военно-медицинских академий и военно-медицинских училищ.

В повестке дня пленума секции стояли вопросы медицинского контроля за питанием и физической нагрузкой войск.

В своем вступительном слове Начальник противоэпидемического управления ГВМУ ВС СССР генерал-майор мед. службы проф. Болдырев, анализируя рост значения медицинской службы в охране здоровья войск, указал, что -многие войсковые врачи и руководители медицинской службы до сих пор не понимают своей роли в деле организации и проведения научно-медицинского контроля за физическим состоянием войск.

В ряде частей не изучают физического состояния личного состава и нет настоящего контроля за количеством и качеством питания.

Задача медицинской службы — обеспечить всесторонний научно-медицинский контроль за физической нагрузкой, боевой и физической подготовкой, питанием и физическим состоянием личного состава войсковых частей. Нужно включить в план офицерской учебы войсковых врачей тщательное изучение этих вопросов.

Затем участники пленума заслушали доклады: проф. Молчановой «Новое в области физиологии и биохимии питания», проф. Лаврова «Новое в профилактике авитаминозов» и доцента Башкирова «Современные данные о методах изучения физического развития человека». Эти доклады, осветив современное состояние научных данных по указанным вопросам, окажут помощь практическим работникам в изучении питания личного состава с непременным учетом физической нагрузки и энерготрат, связанных с физической и боевой подготовкой.

Доклад полковника -мед. службы Скворцова «Научно-медицинский контроль за питанием войск и организационно-методические пути его осуществления» познакомил слушателей с новыми установками в работе войсковой медицинской службы по медицинскому контролю за питанием войск.

Медицинский контроль за организацией питания, — говорил докладчик, — есть система мероприятий, обеспечивающих соблюдение всех требований медицинской науки в практике питания войск. Эти требования направлены на сохранение высокой физической устойчивости, боеспособности частей и предупреждение развития алиментарных заболеваний. Научно-медицинский контроль за питанием предполагает глубокое и систематическое изучение литания войск с обязательным учетом энергетических затрат бойцов в связи с их учебной или боевой нагрузкой, временем года, климатическими условиями, влиянием специфических условий

работы в том или другом роде войск; необходимо зоркое и повседневное наблюдение за тем, чтобы энергетические затраты соответствовали поступлению энергии с пищей; чтобы пища, получаемая бойцом, содержала все элементы, необходимые для покрытия трат его организма. Контроль организуется с учетом того, что в войска ежегодно вливаются пополнения молодых людей, физическое формирование которых еще не закончилось. Должен быть обеспечен санитарно-гигиенический контроль за качеством пищевых продуктов, поступающих на довольствие войск, условиями их хранения, приготовления и потребления.

В докладах проф. Яковенко «Гигиеническая оценка питания курсантов вузов», проф. Калмыкова «Методы количественного контроля за питанием войск», подполковника мед. службы Астанина «Данные физического состояния призывников во флот в 1945 г.», подполковника мед. службы Иванова «Методы лабораторного контроля за полноценностью питания тыла» было освещено фактическое состояние питания и физической нагрузки личного состава отдельных частей и указаны пути дальнейшей работы медицинской службы в этой области.

В прениях по докладам выступило более 20 человек. Все выступающие подчеркнули правильность и своевременность включения в повестку дня данных вопросов и поделились своим богатым опытом.

В заключение участники пленума ознакомились с указаниями начальника Главного военно-медицинского управления ВС Союза ССР по организации и проведению научно-медицинского контроля за физическим состоянием и питанием войск.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941- 1945 гг.)*

(П ро дол »с ей и е)

IV. ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

7. Шок

Образцов Г. Л., О патогенезе и терапии травматического шока (экспериментальное <и клиническое исследование). Докт. диссертация. Л., 631 стр. с илл.. 1942 (Государственный ордена Ленина институт усовершеиствова-ния врачей). Отпечатано и» пишущей машинке.

Олешкевич И. В., Борьба с шоком в войсковом районе. Фельдшер и акушерка. 3. 1944. . |)

Опыт работы по борьбе с шоком по материалам ПМП, в кн. Военная медицина на За-падном фронте » Великой отечественной воине, в. 3, М., стр. 4—7, 1943.

О.рбелн Л. А., Физиологические основы травматического шока, в кн. Военно-медицинский сборник, в. 1. М.—Л., стр. 5—13, 1944.

Осипов В. К., Травматический шок, Медицинская сестра, 3, 1943.

Павленко С. М., Патогенез травматического шока, в кн. Во гнно-ветеринарная практика, М., стр. 14—28. 1944.

Парфентьева В. Ф., Оперативная техника блокады нервных стволов на шее при пл-ееро-пульмональном шоке. Хирургия, 9, 1945.

Петкун Т. Е„ Об изменении щелочного резерва при травматическом шоке у людей. Клиническая медицина, 23, 6, 1945.

Петров И. Р., О комбинированной противошоковой терапии, Вестник хирургии им. Грекова, 65, 3, 1945.

Петров И. Р„ О патогенезе и терапии травматического шока, ВСД. 9. 1942.

Петров И. Р., О терапии травматического шока. Клиническая медицина, 20, 10. 1942.

Петров И. Р. и Петкун И. Ц., О роли токсемии в возникновении травматического шока. Клиническая медицина, 21, 9. 1943.

П ет р о в Н. Н., Травматический шок, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 126—133, 1945; в кн. Лечение ранений на войне. Л., стр. 90—93, 1942.

Птицына Т. Г„ Некоторые биохимические изменения крови и спинномозговой жидкости при шоковых состояниях, в кн. Труды группы К? 1 по изучению шока, б. и., действующая армия, стр. 191—199. 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта)

Попо в ь ян *И.* М.. Лечение травматического шока, ВСД, 4, 1943.

Поповьян И. М., Лечение шока по методу Л. С. Штерн, в кн. Труды 6-го пленума Ученого медицинского совета при начальнике Гллоного военно-санитарного управления Красной Армин, М., Медгиз, стр. 71—93. 1942. Для служебного пользования.

П о р т у г а л о в С- О., О действии субокциппгально вводимого кофеина при шоке, Предварительное сообщение. Хирургия, 10, 1943.

Применение сыворотки крови больных гипертонией при шоке, Сообщение 1, Врачебное дело. 3—4, 1945.

Равен Р. В., Лечение шока, М„ Медгиз. 65 стр., 1944; Хирургия, 11, 1944.

Ростовский Г. В., Организация и профилактика шока в МСБ, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 3, М., стр. 21—23, 1943.

Руденко С. М.. Лечебно-организационные вопросы борьбы с шоком в условиях работы ППГ 1-й линии, в кн. Военная медя-иша на Западном фронте в Великой отечественной пойне. в. 3. №.. стр. 43—46. 1943.

Самцов В. А., О влиянии воспаления и аллергизации организма на характер ответной реакции при шоковой терапии несовместимой кровью, в кн. Сборник научных трудов Башкирского государственного медицинского института, т. 5, Уфа. стр. 132—136, 1943.'

♦ См. «ВМЖ» за 1946 г.

Св прилов и др., Опыт работы по борьбе с шоком по материалам ПМП, в кв. Военная медицина ки Западном фронте в Великой этечествен.чой войне, в. 3, М.» стр. 4—17, 1943.
-Свиту хин, Смертность от шока по материалам армейской ПАЛ за время наступательной боевой операции, в кн. Военн_<я медицина на Западном фоонте в Великой отечественной войне, а. 3, М., стр. 54—57, 1943.
Сельповский П. Л., О лечении шока переливанием крови, ВСД, 4, 1941.
Сельповский П. Л., Шок н его лечение, Хирургия, 10, 1044,
Сельцовский П. Л. и Розанов Н. С., К вопросу о дозировке крови при шоке ■в свете патогенеза. Хирургия. I. 1941.
Сигрнст А. В., Материалы к характеристике нарушения обмена в организме раненых при шоковых состояниях, □ кн. Труды группы № 1 ио изучению шока, б. м., действующая армия, стр. 190—232, 1945.
Скворцов С. П., Ваго-симпатический блок при борьбе с шоком в войсковом районе, в ки. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М.. стр. 19—21, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
Скворцов С. П., Шейный в а го-симпатический блок и применение его при шоке, Хирургия, 4, 1944.
Скляров И. П., Значение кровопотери в патогенезе травматического шока и лечение последнего, в к к. Труды оборонной ре ел у б ливанской сессии Туркменского научного медицинского общества н Госпитального совета Н КЗ др ара Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 172—176, 1942.
Соболе ва Т. Л., Случай лечения гемолитического шока переливанием крови универсального донора, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 н лечебных учреждений армий, № 1, Л., стр. 137—138, 1942 (ВСУ Ленинградского фронта).
Та л а к и на А. М., Первичная обработка и первичный шок при свежих ранениях мирного времени. Хирургия, 10, 1942.
Талурия Ш. Р.. Шок, в кн. Очерки по военно-полевой хирургии, Ч. 1, Тбилиси, стр. 82-92, 1943.
Тараканова Е. И., Невропатологические синдромы при шоковых состояниях, в кн. Тоупы группы № I по изучению шока, б, м., действующая арм-ия, стр. 233—246, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).
Ткачев С. Е„ Материалы по лечению травматического шока субокципитальным введением фосфорнокислого калия, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 10-11, 1943.
Труды группы № I по изучению шока, б. и., действующая армия, 430 стр., 1945 (ВСУ 1-го Украинского Фрона г).
Филатов А. Н., Новый противошоковый раствор, в кн. Научные труды, т. V, Л., сто. 49—56, 1943 (Ленинградский научно-исслсдователъск'ий институт переливания Крови).
Фил а то в А. Н.. Первые итоги применения противошоковых растворов Ленинградского института переливания крови, Вестник хирургии нм. Грекова, 63, 1943.
Ф р а н к - К а м е и е ц к и й Л. З., Внутривенное капельное вливание физио логического раствора и 5°/о глюкозы как один из методов противошоковой тералин, Хирургия, 10, 1942.
Фридланд М. С., Борьба с шоком. Советская медицина, 21—22, 1941.
Ханин М. Н. и Щербаков И. М., Изменение нервно-мышечной возбудимости при шоке и кровопотерях, Бюллетень экспериментальной биология и медицины, И—12. 1942.
Цкнмянаури Г. А., Травматический шок, его механизм и лечение. Фармакология и токсикология. 6, 1941, Библиогр.
Парный А. М., Кислородное голодание и борьба с ним при шоковом состоянии, в кн. Сборник научных трудов военно-морских врачей, в. 2, Вопросы терапии, М.—Л., стр. 31—37, 1944.
Парный А. М.. Шок, его патология и терапия. Фельдшер к акушерка, 2—3, 1942.
Парный А. М., Сыркина П. Е. н Крясовникая С. Э.. Гликоген в органах в раннем периоде шокового состояния. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 19. 3 1944.
Парный А. М., Сыркина П. Е. и К р а с о в и ц к а я С. Э., К вопросу о гликемии и аноксии в раннем периоде токсического шокового состояния, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, II—12, 1942.
Парный А. М. и Сыркина П Е.. Потребление кислорода мозгами при токсическом широком состоянии. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 5-6. 1942.
Парный А. М.. Сыркина П. Е. и Красовицкая С. Э„ Углеводный обмен мозга в раннем периоде шока. Бюллетень экспериментальной биологии и медицин ны. 5—6. '°42.
Пег ленов, Травматический шок к борьба с ним в МСБ, в кн. Тр'шы советских хирургов Волховского фронта' 9—10 июля 1942, Л., стр. 127—130, 1942.
Нукичев И. П., Снмпатомимегиноеая терапия травматического шока, ВСД, 5, 1941.

Шеейковскнй А. Б., Метод лечения травм этического шока субокципитальным введением фосфорнокислого калия е хирургической практике. Предварительное сообщение, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 10—11, 1943.
Шик Л. Л., Кислородное голодание при военно-травматическом шоке, в кн. Труды группы № I по изучению шока, б. м., действующая армия, стр. 175—191, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).
Ш к л я ев В. В., Случай внезапной смерти от токсемичеткого (позднего) шока, развившегося после святая жгута с травмированной конечности, Хирургия, 2, 1945.
Шалаев В. В., Шок по материалам ППГ 1-й линии, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 3, М., стр, 47—53, 1943,
Ш м у к л е р Б. А., Переливание крови при трав магическом шоке в урологии, ₽ кк. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учпежденнй армий, № 8, Л., стр. 20—23, 1943.
Шагам А. Я., О класоификации шоковых состояний, Хирургия, 7, 1943.
Шрайберг М. Г,, Аскорбиновая кислота, ее баланс и действие при экапериметегальном травматическом шоке, в кн. Сборник работ по военно-полевой и общей хирургии, посвященный 30-летию научной деятельности А. В, Смирнова, Л., стр. 77—83, 1944. Библиогр.
Штерн Л. С., К вопросу о лечении шока, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, XIV, 8, 1942.
Штерн Л. С., К вопросу о лечении шока методом непосредственного действия на вегетативные центры, М„ Медгиз, 11 стр., 1942; Вопросы нейрохирургии, 5, 1942.
Штерн Л. С и др., К вопросу о лечении шока-. Травматический шок, осложненный обморожением, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 15, 6, 1943.
Штерн Л. С„ Применение метода непосредственного действия на вегетативные нервные центры для лечения травматического шока. Хирургия, 5—6, 1942.
Шульцегз Г, П., К клинике общего переохлаждения организма, в км, Труды группы № 1 по изучению шока, б. м., действующая армия, стр. 247—261, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).
[Пульцен Г. П., Реакция на травмы со стороны кровообращения (изменение кровяного давления, пульса и венозного давления после транмы в раниие сроки и при мирных ранениях), в кн. Труды группы № 1 по изучению шока., б. м., действующая армия, стр. 62—71, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).
Шульцев Г. П., Характерист1ка кровообращения при шоковых состояниях, в. кип. Труды группы № 1 по изучению шока; б. М., действующая армия, стр. 72—119. 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

8. Раны и их лечение

Абрикосов А. М., Некоторые вопросы патологии раневого процесса, Хирургия. 11—12, 1942.
Авдичева В. М., Применение ультрафиолетовых лучей в лечении огнестрельных инфицированных ран. Казанский медицинский журнал, 1, 1941.
Агафонова, Н. В., О местном применении белого стрептоцида (лечение рад), Фельдшер и акушерка, 11—12, 1941.
Агеенко И. А., Лечение длительно не заживающих ран, Госпитальное дело, 4-5, 1945.
Агнес М. И„ Опыт тотального иссечения гранулирующих ран с последующим наложением глухого шва, в кн. Труды эвакогоспиталей РЭП-27, № 1, б, и., стр. 54—58, 1944.
Адамов М. А., Кожная пластика при длительно не заживающих ранах после огнестрельного повреждения, в кн. Военно-морской медицинский сборник, в. 3, Л., стр. 36—38, 1945.
Александровский Д. Г., Основные, ошибки врачей в гнойной хирургии, Госпитальное дело, 4—5, 1945.
Алипов Г. В., Лечение огнестрельных рая в эвакогоспиталях глубокого тыла, в кн. Сборник научных работ врачей эвакогоспиталей Башкирии, т. 1. в. 1, Уфа, стр. 100—108, 1945.
Алипов Г. В., О применении аигиретнкулярной цитотоксической сыворотки при военной травме в кпд О лечебном действии ангаре гаку лирной цитотоксической сыворотки! «АЦС». Тезисы докладов, Уфа, стр. 70—71, 1942.
Алмазов А., Антиуль церин и применение его при запущенных ранах и язвах, ВСД. 4—5, 1942.
Алымов А. Я., С л а в я и я И. И. и др., К вопросу о фпменении полимикробного аутолнзата для лечения -инфицированных ран, Военно-морской ррач, 3, 1942.
Андреев П. П., Хим потера пн я огнестрельных ран, Ветеринария, 6, 1942.
Аносова А. М., Некоторые итоги лечения вяло заживающих рай мазью проф. Гольдберга, в кн. Стимуляция заживления рай. Томск, сто. 65—71. 1944. Библиогр.
Антелава Н. Б., Лечение рак плацентарной оболочкой, обработанной хлоранидом. Хирургия, 2, 1945.
А н т е л а в а Н. В., Применение агорячного шва на раны мягких тканей в условиях ЭГ, Хирургия, 5, 1944.

Аичелевнч В. Д., Лечение ран им мобилизацией в гипсе, Хирургия, 5—6, 1942,
Арихбаев К- П., Первичная обработка ран, Здравоохранение Таджикистана, 2—3, 1941.
Артемов М. Д., Глухой шов на длительно гранулирующие раин, в к». Труды госпиталей П-риВО, в. 1, Куйбышев, стр. 47—52, 1944; Госпитальное дело, 3, 1944.
Архангельский П. Ф,, О некоторых возможностях применения в травматологии консервированной на холоду плаценты и о раннем протезировании, в кп. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр, 477—478, 1943.
А ршба С, А„ Поздний вторичный шов ранений мягких тканей,в ки. Труды 2-й научной конференции врачей эвакогоспиталей НКЗдрева Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 615—627, 1944.
Арьев Г. Я„ Оперативная техника первичной обработки рай, М., Медгиз, 16 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии. В помощь войсковому врачу).
Арьев Г. Я., Первичная обработка ран. Опыг логического определения. Хирургия, 7, 1943.
Афанасьева А. П. *я* Бивьковская Р. И., Микрофлора рай при местном применении- грязи озера «Соленое», в юн. Реферативный сборник трудов научной сессии института, Байрам-Али, стр. 92—93, 1943 (Бальнеологический институт им. Сталина).
Ахутии М. Н., Некоторые замечания по поводу первичной обработки огнестрельных ран, ВСД, 10, 1942.
Бабич Б. К., Организация и методика активного хирургического лечения гранулирующих ран мягких тканей в госпиталях 'второго эшелона фронта, в ки. Труды эвакогоспиталей РЭП-27, № 1, б. м,, стр. 28—42, 1944.
БанаЙтис С. И., Препарат «805» *в* хирургической практике фронта, Фармакология я токсикология, 6, 3, 1943.
Барановский Д. М„ Стрептоцид-вазелиновая паста для заполнения костных полостей после радикальной операции по поводу огнестрельных остеом из литов, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр- Ш—ИЗ, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
Баринш-тейи Л, А., Рассасывающая тампонада в лечении ран, Госпитальное дело, И—12. 1943.
Барский, Лечебное применение АЦС при военном травматизме, в ки. О лечебном действии антнретикуляриой цитотоюсической сьгвоооткн «АЦС». Тезисы докладов. Уфа, стр. 61—62, 1942.
Барсуков В. П„ К методике первичной обработки ран, ВМЖ, сентябрь —октябрь, 1944.
Басни Я. Б., Результаты вторичного шва- и лейкопластырных тяг при огнестрельных ранениях в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М.. стр. 143—147, 1943.
Бзть-Генштейн И. С., Иссечение гранулирующих ран е наложением вторичного ш-ва, в кн. 1-я научная медицинская конференция М-ской армии, б. М„ стр. 65,. 1943. Для служебного пользования.
Белкин Р. И., Активизирующая роль тиреоидина в процессе образования раневых гормонов ® организме раненых, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. I, Льнов, МЭП-92, стр. 201—222, 1945. ■
Белкин Р. И., Влияние тиреоидина на образование раневых гормонов в организмеваиеных, в кя. Научно-практические работы Эвакогоспиталя йй 1108, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 113—131, 1945.
Белкин Р. И., Влияние тиреоидина на успешность и скорость заживления вторичных швов при ранениях груди, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 245—266, 1945. . .
Белкин Р. И., Вторичные комбинированные вмешательства при огнестрельных ранениях мягких тканей, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1. Львов, МЭП-92, стр. 223—224, 1945.
Белкин Р. И. и Хабибулина М., Влияние тиреоидина на заживдание вторичных швов при ранениях груди, в кн, Научно-чирактическче работы Эвакогоспитали № 1108, в, 1, Лызов, МЭП-92, стр. 131—155, 1945.
Бердичевский Г. А., Т кане лечение (гистпогерапия) при плохо заживающих раиа-х, Хирургия. 9, 1944.
Березин И. Ф., Клинические наблюдения над сульфамидными препаратами поп лечении гнойных ран, в км. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества' и Гостит ального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 42—45, 1942.
Березин И, Ф., Лечение гнойных (ран бикарбонатом аммония. Хирургия, 3, 1944.
Березин И. Ф., Лечение чистых и гнойных рай стрептоцидом, Советское здравоохранение Туркмении, 3, 1942.
Березин И. Ф., Новые методы лечения ран в эвакогоспиталях Туркмении, в кн. Труды 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества[Л] Ашхабад, стр. 39—43, 1944.
Беркутов А. Н., Применение масляно-бальзамической повязки проф. Вишневского в войсковом районе, ВСД, 6—7, 1941.

Бершадский В. Д. и Липкнв Г. С.. О применении бактериофага, ВСД. 3.1941,
Биргер О., Пропамидпн при лечении инфицированных ран, Фармакология и токсикология, 7, 3, 1944.
.Блохин Н. Н., К вопросу о показаниях и технике кожной пластики при гранулирующих ранах в тыловых госпиталях, в кн. Научные труды госпиталей, 1, М„ стр. 67—73. 1942.в
(Блох на Н. Н., Лечение незаживающих ран, язв и контрактур посадкой химически обработанной ткани по Краузе. Госпитальное дело, 1—2, 1945.
лБогомолец О. А., Влияние аятиретикулярной цитотоксической сыворотки на гистогенез костной мозоли, в кн. О лечебном действии анти ретикулярной цитотоксической сыоорoтки «АЦС». Тезисы докладе;!, Уфэ, 38 стр., 1942.
•Богомолец О. А., Влияние антиретику лярной цитотоксической сыворотки на заживление переломов, б. м.. Академия наук УССР, 195 стр., 1944. Библиогр.
Богомолец О. А., О применении АЦС в хирургии. Хирургия. 12, 1944.
Богомят М, И,, Лечение хронических текущих язв гипсовой повязкой. ВМЖ. сентябрь — октябрь. 1944.
Борейша Г, К.. О стимуляции заживления рая мягких тканей, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 62—64. 1944. Библиогр.
Боришанская С. А.. Окснгенотерапия ран. в кн. Некоторые вопросы медицинской санитарной службы Черноморского флота в Отечественной войне. М.—Л.,, стр. 34—35. 1945.
Брозеф Б. И., К вопросу о позднем вторичном шве, Военно-морской врач, 2. 3, 1943.
Бронштейн Е. Б., К лечению ран витамином С из хвои, а кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 231—232. 1943.
'Брук Т. Г.. Лечение ранений мягких тканей вторичным швом, в кн. Сборник научных "работ, Иркутск, стр. 125—128, 1945 (Отдел эвакогоспиталей Иркутского облздрава).
Б р у к А. М. и В с ли к а но в а Н. Е., Применение ацидофильной пасты НИМИ для лечения огнестрельных паи. в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, Свердловск, стр. 99—105. 1943; Госпитальное дело, 10, 1942.
Брускин Я. М-. Остеомнэлиты после огнестрельных ранений и методы их лечения, Ташкент. 25 стр., 1942.
Б убей нов а М. А,, Опыт лечения вяло заживающих |ран. связанных с нарушениями иннервации, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 80—85, 1944. Библиогр.
'Будылин В. Г.. Лечение бактериофагом длительно не заживающих ран, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 80—83. 1944. Библиогр.
Бурштейн В. А., О вторичных швах, в кн Сборник работ по военной медицине, № I. б. м., Воеииздат. стр. 68—72. 1944 (СУ 2-го Украинского фронта).
Вайль С. С., Об изменениях сосудов при некоторых длительно текущих воспалительных и язвенных процессах, Вестник хирургии им. Грекоза, 65, 5, 1945.
Вайль С. С., О патолого-гистологических изменениях тканей при длительно не заживающих и вяло гранулирующих ранах, Вестник хирургии им. Грекова, 46, I, 1944.
Вайнберг И. С.. О лечении пролежней орошением инсульфнном. Вестник хирургии им. Грекова, 65. 2. 1945.
Вахрамеев П. И., Лечение огнестрельных ранений мягких тканей. Хирургия, 3, 1945.
Вейнеров И. Б., О лечебном применении анти пет пнул яр ной цитотоксической сыворотки в госпитале НКО. в кн. О лечебном действии антиретикулярвой цитотоксический сыворотки «АЦС». Тезисы докладов, Уфэ. стр. 55. 1942.
В е й н е р оз И. Б. и др.. К вопросу о лечебном действии анти ретикулярной цитотоксической СЫВОРОТКИ акад. А. А. Богомольна, в кн. Сборник научных работ госпиталя НКО № 388 в, 1. б. и.. стр. 26—29. 1943.
Виноградов И. П., Применение сфагия в хирургической практике, в кн. Труды эвй|Когоолнталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, ЛТ 1, Л., стр. 25—29. 1942 (ВСУ Ленинградского фронта).
Вислоух Е. А.. Ихтиол как десенсибилизатор при лечении осложненных огнестрельных ранений. Госпитальное ле.фо. 4—5. 1945.
Вишневский Д. В., Вторичная обработка рзн. Хирургия, 4. 1943.
Вишневский А. В., Наши методы лечения. Советская медицина. 5—6, 1942.
Вишневский А. В., Наши методы лечения ран, Архпз биологических .наук, 62, I, 1941.
Вишневский А. В., Нервный фактор в раневом процессе, ВМЖ, ноябрь—декабрь, 1944.
Владимирова 3. Я.. О лечении эмбриональной мазью проЬ- Гольдберга долго не заживающих пан культей нижних конечностей, в кн. Стимуляция заживления рапс, Томск, стр. 71—80. 1944.
Вор они о в И. М.. Наблюдения над действием озвученяой ЭМУЛЬСИЯ стрептоцида на Р'яу. я РИ. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 3, М., стр. 62—65, 1943.

Выренков Е. *Я.,* Вторичный шов, в кн, Сборник научных трудов эаакопюпиталей. фронта 'М-скоро местного эвакогоспиталя, б, м„ стр. 27—31, 1944.

Вырубов А. П., Опыт лечения гранулирующих ран иссечением с наложением глухих, швов, в кн. Труды эвакогоспиталей РЭП-27, №1,6. м„ стр. 59—61, 1944.

Габай Л, В., Сульфамндотераиия в военно-полевой хирургии, Врачебное дело, декабрь 1944.

ГардинЛ. И., К вопросу об огнестрельном остеомиэ лите, в кн. Сборник научных работ института за 3-й год Отечественной войны, Л„ стр. 238—245, 1945 (Ленинградский институт усовершенствования врачей).

Гаузе Г. Ф., Борьба за существование у микробов но службе лечения ран, Успехи современной биологии, XVI, 5, 1943.

Г а у з е Г, Ф. и др., Грамицидин и пенициллин, в кн. Достижения советской медицины э годы Отечественной войны, в. 1, М., стр. 149—162, 1943.

Геймам Д. В., Вторичный шов из гранулирующие раны, в к и.. Военная медицина яа Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 1, М„ стр. 71—75, 1943 (СУ Западного фронта).

Геллер А. М„ Первичный шов свежих инфицированных рай, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, 1941.

Генес С. Г. и др., О лечении ран ацидофильной пастой и ацидофильной сывороткой, Врачебное дело, 1—2, 1945.

Генкин И. И„ О заживлении ран мягких тканей подкожной складкой, в кн. Сборник: работ *г.о* военной медицине 3-го Прибалтийского фронта, б. и., стр. 140—148, 1945.

Георгиевский В. С., Некоторые вопросы лечения ран военного времени. Советская медицина, 6, 1941.

Геращенко Н. Т„ Опыт лечения инфицированных ран коллоидальным иодом в масле, в к Я. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 233—235, 1943.

Гершкович Н., Некоторые данные о лечении гнойных инфицированных ран белым стрептоцидом, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского Научного медицинского общества и Госпитального газета НКЗдрава! Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 46—49, 1942.

Геселевич А. М., Оперативная техника активной хирургической обработки рак, ВСД, 9, 1941.

Гибшман М. Р„ Лечение гнойных ран ацидофильной пастой, Госпитальное Дело, 10, 1942.

Гибшман М. Р. и др.. Молочнокислая (ацидофильная) паста для лечения гнойных рая, №., Пищепром, 2 стр. с илл., 1944 (Наркомат мясной и молочной промышленности СССР). Библиогр.

Гирголав С. С., Инструкция по применению бактериофага при лечении ран, М.,. Медгиз, 4 стр., 1942.

Гирголав С. С„ О некоторых общих ошибках при лечении раненых, ВСД, 11, 1941.

Гирголав С. С.. Ранения, отравленные боевыми отравляющими веществами. Раны,, смешанные с воздействием БОВ, в кн. Лечение ранений на войне, изд 6-е, Л.. стр 147—153, 1942.

Гирголав С. С. и Куприянов Н. А., Общие понятия о райе и ее заживлении,, в к». Лечение военных ранений. Л., стр. 5—32, 1945.

Г о й х е р Б. В., Некоторые вопросы патогенеза и лечения незаживающих послераневых процессов костных и мягких тканей, Ашхабад, НКЗдра.в Туркменской ССР, 18 стр., 1945.

ГолосовА. А., Лечение гранулирующих ран пересадкой кожи по Тиршу и Девису, в кн. Труды эвакогоспиталей РЭП-27. № 1, б. м., стр. 49—51, 1944.

Голофастова Е. К., Комбинированный способ лечения ран по методу доц. Модестова облучением ультрафиолетовыми лучами с последующим наложением повязки из облученного рыбьего жира, в кн. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений н отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 504—507, 1941.

Гольдберг Д. И., Биологические методы стимуляции заживления ран, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. I—19, 1944. Библиогр.

Гольдберг Д. И., Итоги двух лет работы по стимуляции заживления рая, н кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 118—162, 1944. Библиогр.

Гольдберг Д. И., Некоторые итоги применения мази, стимулирующей заживления ран, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей Санитарного отдела СибВО, М., стр. 95—102, 1942.

Гольдберг Д. И., О стимуляции заживления ран, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, стр. 239—242, 1944; Советская медицина, 9, (942; Хирургия, 5, 1944.

Гольдберг И. М. я Боева В. Т„ Активное возбуждение н торможение соединительной ткани- как метод лечения ран, в кн. Физиологическая система соединительной ткани, Киев, стр- 220—227, 1941.

Гольман С. В., Патогенез и лечение так называемых рефлекторных параличей и' контрактур. Хирургия, 12, 1944.

Гомиков М. П., Лечение хронически текущих язв гипсовой повязкой, ВМЖ, сентябрь—октябрь, 1944.
Горбенко М. М., О местном применении препаратов стрептоцида с целью профилактики раневой инфекция, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.
Гордышевкнй Т. И., Применение бактериофагов при лечении рай в ото-ринолаингологнн, Вестник ото-рнно-ларингологии, 1, 1945. Библиогр.
Гориневская В. В., Гнойные и гнилостные осложнения ран, их предупреждение и лечение в войсковом и армейском районах, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного н мирного времени, М, Медгнз, стр 105—140, 1942.
Гориневская В. В., Методика лечения воспалн:»шихся ран, в кн. Лечение ранений на войне, изд. 6-е, Л., стр, 123—134, 1942; в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 111—121, 1945.
Гориневская В. В., Первая помощь и первичная хирургическая обработка ран мирного и военного времени, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени, М., Медгнз, стр. 88-105, 1942.
Гориневская В. В., Современные методы лечения ран, М., НКЗдрав СССР, 83 стр., 1942.
Гориневская В. В. и К у и р к я но в П. А., Методика лечения ранений в первые часы, в кн. Лечение военных ранений, Л„ стр. 83—99, 1945; в кн. Лечение ранений на войне, изд. 6-е, Л., стр. 94—109, 1942.
Городинский В. М„ Опыт применения анти-ретикулярной цитотоксической сыворотки академика А. А. Богомольца в тыловых госпиталях Челябинской области, в кн. О лечебном действии аятиретикулявной цитотоксической сыворотки «АЦС». Тезисы докладов, Уфа, стр. 46—47, 1942.
Городинский В. М., Опыт применения анти ретикулярной цитотоксической сыворотки академика Богомольца в тыловых госпиталях, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, 2, Свердловск, стр. 111—114, 1943.
Г о р я е в Н. К., К вопросу о клиническом значении лейкоцитарной картины ■ при осложненных ранениях, в кн. Труды Казанского государственного медицинского института, в. 1. Казань, стр. 45—48, 1943.
Гофман А. И., Лечение огнестрельных ра« в войсковом районе, Реферат, Хирургия. 2. 1944.
Грабченко И. М., Огнестрельные ранения мышц. Хирургия, 9, 1944.
Г р ей сер Л. А„ Предварительные данные по лечению биохинолом инфицированных ран и нагноительных заболеваний, в кн. Сборник научных трудов вост»-морских врачей, в. I, М.—Л., стр. 86—90, 1944.
Грек нс М. Б., Лечение огнестрельных ранений в ДМП н ППГ, в кн. Сборник материалов н статей № 4, б, м„ действующая армия, стр. 6—18, 1942.
Громова Е. А., Влияние различных концентраций эмбриональной эмульсии в маза проф. Гольдберга на скорость заживления ран. в кн. Стимуляция заживления ран. Томск, стр. 27—30, 1944.
Губергриц А. Я., К вопросу о так называемом раневом истощении, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, т. 5, Свердловск, стр. 166—171. 1945.
Тузиков А. П., К вопросу о лечении дефектов кожи после огнестрельных ранений, в кн. Сборник научных трудов военно-морских врачей, в I, М.—Л., стр. 81—86, 1944.
Гуляева Н. М-, Опыт применения грамицидина в клинике, в кн. Советский грамицидин н лечение ран, М., стр. 50—53, 1943; Хирургия, 8—9, 1943.
Г у л я е в а Н. М„ Пластичный шов на гранулирующую рану, Госпитальное дело, 5—6, 1943.
Гуревич Ф. А., Материалы о темпах заживления кожных ран на конечностях мышей при их денервации.
Гусыням В. А„ Оперативное лечение вое и но-травма л гческих повреждений в тылу. Советская медицина, 23, 4, 1941.
Давлетов А. С., К лечению гнойных ран растворами соляной кислоты, в кн. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранении и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 532—537, 1941.
Движков П. П., Конференция по раневому процессу, Хирургия, 2, 1945.
Дегтярева-Милославская 3. П„ Лечение вяло заживающих ран л^/*эмбриональной мазью по методу проф. Гольдберга, в кн. Стимуляции заживления ран, Томск, стр. 86—89, 1944. Библиогр.
Дж а в ад я и А. М,, Глухой шов при поздних обработках ранений мягких тканей, Хирургия. 7, 1943.
Джапаридзе Б С.. Открытый метод лечения рай, э Помощь медработникам эвакогоспиталей, 6—7, 1942. ■
Диамова, Применение настоя хвои при лечения ранений и переломов. Госпитальное дело, 10, 1942.
Дмитриева, Лечение переломав и рая антиретикулярной цитотоксической сыворткой. в К'Н. О лечебном действии антнретмкуляриоЛ цитотоксической сыворотке <АЦС*. Тезисы докладов, Уфа. стр. 58. 1942.

До би чин Б. Д., Лечение гранулирующих огнестрельных ран активным методом по материалам госпитальной базы фронтового эвакопункта, в кн. Труды эвакогоспиталей РЭП-27, № 1, б. м., стр. 43—48, 1944.
Д о р о ш к е в и ч Н. Г., Лечение гнойных рай и воспалительных процессов мыльной (с ем и коллоидной) эмульсией, (Практические данные за 15 лет), Советская медицина, 1—2, 1944.
Дряби на М. М„ Метод, ускоряющий заживление ран, Госпитальное дело, 6. 1944.
Дубницкая Н. Н. н Розина С. Б., Опыт лечения раненых глиной, в кн. Лечение раненых и больных в эвакогоспиталях ВЦСПС по Узбекистану, Сборник научных трудов, в. 1, Ташкент, стр. 172—182, 1945.
. Д у и ь е М. В., Сравнительные наблюдения над лечением ран сульфамидами и салнциловым натрием, в кн. Военная медицина иа Западню*! фронте в Великой отечественной войне, в. 2, М., стр. 24—32, 1943.
Ду рицин Ф. А., Влияние мгсл яко-бальзамической смеси Вишневского на за жив ле- «не кожных ран в условиях асептики, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 16, 6, 1943.
Дымников а Е. И., Вторичный шов в условиях ГЛР, Хирургия, 12, 1944.
Егоров М. Н., Некоторые терапевтические мероприятия по активации регенеративных процессов при ранениях, в к и. Труды 1-й хирургической конференции М-ского распределительного пункта 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 340, 1943.
Еланский Н. Н. и др., Методика закоытия гранулирующих ран мягких тканей, в кв. Рационализация и изобретательство, в. 6, М., стр. 10—19, 1945.
Елисеев В. Г., Роль клеточных элементов соединительной ткани в процессе заживления ран при различных экспериментально вызванных условиях. Хирургия. И—12, 1942.
Емельянова Е. А„ Опыт лечения вяло заживающих ран 5% эмбриональной эмульсией проф. Гольдберга, в кн. Стимуляция заживления рая. Томск, стр. 48—57, 1944. Библиогр.
Еолян Р. О., О лечении инфицированных ран и хирургических инфекций сульфамидными препаратами, в кк. Сборник научных трудов Ереванского медицинского института, Ереван, стр. 3—22, 1944. Библиогр.
Ерешеико Н, Б„ Аутобзктерчофзгг и его динамика при лечении ран. (Автореферат), Советская медицина, 6, 1944.
Е р ш к о в и ч И. Г., Опыт применения терапии консервирования тканями по методу акад. В. П. Филатова на материале главного отдела эвакогоспиталя, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества к Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР. Ашхабад, стр. 112—115,1942.
Жоров И. Е„ К вопросу об уровне перевязки некоторых артерий при огнестрельной травме. Хирупгия, 12, 1944.
Жухни В. А., О л ато-гистологи чес лих изменениях вняло гранулирующих ранах и длительно не- заживающих язвах огнестрельного происхождения, в кн. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей Башкирии, т. 1, в. 1, Уфа, стр. 153—156, 1945.

КРАТКИЙ ОБЗОР СОДЕРЖАНИЯ ЖУРНАЛОВ

I. Лонгпа! о{ (Ье КоуаГАгту Мейка! Согр5., уо1.85. № 1—3, Ли1у—5ер(етЬег, 1945
Журнал английской военно-санитарной службы, т, 85, № 1—3, июль •—сентябрь, 1945

№ 1, июль

А. Е. П1сЪтоп<1 а. Н. 8. Сеаг, с предисловием Л. С. А. Г>О№е, Состояние здоровья войск Среднего Востока в 1942—1943 гг., стр. 1—32, 2 диаграммы. Обширный очерк организации санитарной службы, состояния здоровья войск и заболеваемости. Очерк содержит следующие разделы; со:таз войск, окружающие условия, боевые действия; медико-санитарная организация; обучение и воспитание в отношении гигиены; моральное состояние, общее физическое состояние, восстановление временной утраты трудоспособности; водоснабжение; пища; о санитарном состоянии окружающих условий; проблемы, связанные с расовыми особенностями и с гражданским населением; заболеваемость и травматические повреждения; заключение.

Л. Н. XV Н коп, Малярия о Северной Африке а 1944 г., стр. 33—40. Описание успешной борьбы с. малярией в Алжире и Боне.

Л. Т. КоНпаоп, Береговые войска в Адриатике, стр. 41. Состав и назначение этой группы аойок, медицинская организация, медицинское снабжение, эвакуация, боевые действия.

№ 2, август

Ц. М. В Га 1 г. А. Т. Ечез, А. Ц. КеНеу апб Л. КеппаицИ, Наблюдения над ловушками с приманками для мух в Палестине в 1943—1944 *гг.,* стр. 51—52, 1 рнс.

Описание устройства стандартной ловушки для мух и результатов применения ее;, с указанием количества различных видов мух, пойманных за 43 недели.

С. К 1 г к, Опыт лечения венерических болезней в английских войсках в Иране за время с октября 1941 г. по сентябрь 1943 г„ стр. 58—67, 2 диаграммы. Обзор лечения 2 270 случаев венерических болезней. Описаны два случая смерти от отравления мышьяковистыми препаратами.

Л. Маскау-О1Ск, Три случая кала-азар, стр. 68—74. Клиническое описание трех случаев.

1. Р. Згокез, Лечение упорной маляр™, стр. 75—80, I диаграмма. Приведена литература— 13 номеров. Анализ 104 случаев повторно возвращающихся приступов малярик. Автор отмечает, что сурьмянистая мочевина не имеет практического значения при лечении таких больных. Необходимо продолжать поиски средств для уничтожения паразитов малярии, покоящихся в ретнкуло-эндотелиальной системе в промежутках между приступами болезни.

XV. ВиПоск, Полевая хирургия в джунглях (в. Бирме) в 1944 г.,_стр. 81—86. Описание условий деятельности и обзор оказанной хирургической помощи раненым.

3. О з Ьо г пе. Лечение оспы, стр. 87—89. Приведена литература — 8 номеров. При лечении больных оспой английских солдат в Персии зимой 19+2/43 г. автор применял в 9 тяжелых случаях сульфапиридин и сульфатиазол. Сульфапиридии оказался бесполезным, сульфатиазол же значительно уменьшал токсемию и осложнения в периоде нагноения.

Л. А. В о у сорт, Заметка о передаче инфекции через посредство столовой посуды,, стр. 90—92. Указаны 2 работы по этому вопросу. Проведено экспериментальное исследование с целью выяснить значение способа мытья столовой посуды для удаления патогенных микробов.

Н. А. Оет/аг апо В. Е. \У1скйагп, Несколько случаез отравления иетилоным спиртом, стр. 92—94. Обзор 11 случаев отравления метиловым спиртом, в 6 из которых наступила смерть.

Л. В. В а П1 Го г б, Комбинированные операции, стр. 94—96, 8 рис. Описание ряда приспособ/Юннй л аппаратов, построенных при совместной работе различных специалистов. Такую совместную работу автор обозначает поставленным в заголовке статьи, термином.

№ 3, сентябрь

Л. А. С. В го тип, Потеря надежды и состояние тревоги, стр. 101—104. Очерк патогенеза и терапии указанных состояний в армии.

Л. М ас к а у - О 1 с к. Краткое сообщение о 26 случаях бубонной чумы с результатами лечения, стр. 105—108. Лечение бубонной чумы сульфапиридином и противочумной сывороткой; из 24 леченных умерло 3 человека. Двое больных умерли до начала лечения.

Р. К а у В е 111 е у, Борьба с венерическими болезнями в воинской частн в Восточной Африке, стр. 109—116. Описание своеобразных местных условий, профилактики и организации лечения венерических болезней среди войок, состоявших почти исключительно из туземцев.

Л. V/а 11 т ап, Замечания о значении лихорадки при сифилисе, □ также гипотгрексии. стр. 119—122. Соображения о значении повышения температуры в различные периоды сифилиса, об активации сифилиса физическими и химическими агентами. Лихорадка как 'проявление отравления медикаментами, •

3. 74. Мог г 18. Сообщение о состоянии здоровья 401 «чиндита», стр. 123—132. Очерк заболеваний 401 больного, доставленных в госпиталь из бирманских джунглей, где они находились ст 3 до 5 месяцев, питаясь преимущественно специальным рационом «К», состоявшим главным образом из концентрированных сухих продуктов. Рацион быстро приедался и потреблялся далеко не полностью, вследствие чего особенно была велика недостаточность поступления витамина В;. Больные — английские солдаты и офицеры, происходившие из различных частей Великобритании, названы автором чиндитамн, потому что все отличались длинными волосами и длинными грязными ногтями. Заболевания были весьма различны, более трети больных страдали алиментарными расстройствами. .

Редакционная статья, Чествование столетия дня рождения Лаверана. 1845—1945, стр. 133—134.

Редакционная статья, Действительно ли необходима селезенка? Стр. 134—135. Рассмотрено значение селезенки как резервуара крови, роли селезенки при малярии и реакции селезенки' на физические напряжения. Все наблюдения приводят к заключению, что человек без селезенки может считаться в числе вполне годных к военной службе.

Л А. IV а г б, Результаты вакцинации проги» оспы 268 английских офицеров после прибытия их (в Индию) вз Англии, стр. 136—138. Отмечены: непосредственная реакция, ускоренная реакция и первичная.

С). Р. Еуапз, Скорый способ вакцинирования против оспы, стр. 138—139. Описание организации производства прививок и небольшого специального прибора с 2 вакцнвацнокными иглами.

ТМ. Ь1п<18ау Ыеи5 I а (.« г, Что такое «потемнело в глазах»? Изучение 50 случаев, стр. 139.
Анализ 50 случаев.

2. ТЬе МНИагу *Зигдеоп,* уо1. 97, № 1—2,]и1у—аи§и$1, 1943. Военный врач (США), т. 97, № 1—2, июль —август, 1945

Кт I, июль

С. С. ВипЬаш, Здоровье является источником благосостояния Америки, стр. 1—6, 3 рис. Краткий очерк деятельности различных американских стран в области здравоохранения.

8. З^Леепеу, Некоторые факты ио медицинской службы постоянного госпиталя, стр. 7—13, приведена литература — 5 номеров. Общий обзор заболеваний, встречающихся в постоянном терапевтическом госпитале, с обращением особого внимания на некоторые группы болезней.

АА. 6. Веауег апб К. 5. 8ш 1111, Поздние проявления боевых ранений живота, стр. 13—23, 7 рте. Приведена литература—II номеров. Наиболее частыми последовательными патологическими явлениями ранений брюшной полости являются; достоянное ненормальное отверстие кишечника, раневая инфекция, грыжа, инородное тело, остаточный внутрибрюшинный абсцесс, закупорка кишок. Приведено кли-<ютческое описание 10 случаев.

*С. Ьарарe, Паразиты и война, стр. 23—29. Даны некоторые исторические справки о роли паразитов в заболелае-мости войск. Приведены сведения о заболеваемости во время второй Кировой войны дизентерией, трихинозом, филяриозом, малярией в войсках и о мерах борьбы с паразитарными насекомыми.

Ц. 8. М а с К е 11 а г. Использование животных в настоящую войну, стр. 30—33. О роли лошадей, мулов и собак в последней войне и применение этих животных.

А. Т. Нае ге т, Наблюдения над свинкой у солдат, стр. 33—39. Приведена литература — 4 номера. Анализ 1 470 случаев эпидемического паротита. Отмечено повышенное содержание в крови амилазы. В !•/» случаев наблюдалось припухание мягких тканей в области рукоятки грудной кости, исчезавшее, когда проходило припухание слюнных желез.

18. \М. ОгПепЬеге апб С. М. ТКошрзоп. Отравление четырех хлор истым углеродом, стр. 39—44, 4 рис. Приведена литература —9 номеров. Сообщение о 20 случаях отравления (один — смертельный). Клиническое описание 4 случаев. Приведены данные патологоанатом ического вскрытия. Отравление произошло вследствие вдыхания паров.

'В. А. Рот1е, Санитар но-инженерна я деятельность корпуса инженеров, стр. 44—50. Приведена литература —2 номера. Обвор деятельности корпуса инженеров в области санитарии (вода, канализация, удаление отбросов и нечистот, борьба с грызунами и насекомыми).

В. Вату, Специальные сани гарно-инженерные проблемы, стр. 51—55, 3 диаграммы. Краткий обзор изобретений в области индивидуальной очистки воды, удаления иечивтот и отбросов и других работ, проведениях саантарно-инженерной службой армии США.

К. Ь. Рги1п, Предложение способа лечения дерматомикоза, стр. 56, 2 рис. Предлагается вместо пользования тампонами и помазками покрывать медикаментом кожу передней части стопы, окуная пальцы в сосуд с антисептическим раствором и обсушивая затем кожу пальцев и стопы на воздухе.

И. К. К1ст1ап<], Местное применение препаратов пенициллина при лечении болезней кожи, стр. 57—59. Сообщается о хорошем лечебном действии растворов, эмульени и мази, содержащих пенициллин, при различных заболеваниях кожи.

В. В. К1 п *й,* Истерическая кривошея у солдат, стр. 59—60, 1 рте. Характеристика заболевания; описание одного случая.

С. С. Сгеепе, Атипичная реакция на лечение хинином, стр. 61—63. Приведена литература—9 номеров. Описание случая эритематозной сыпи и ангионевротического отека, появлявшихся повторно после приемов хинине.

3. М. 8ра1х, Нехарактерные первичные сифилитические язвы, стр. 64—65. О необходимости микроскопического исследования всех изъязвлений на половых органах.

• № 2, а в г у с т

М. К. А Г г 141 апб 3. Н. А г 1Ь и г, Противомалярийные мероприятия на индо-бирманской границе в 1942—1944 гг„ стр. 85—92, 2 диаграммы, I карта, Описаны мероприятия, проводившиеся в течение 3 лет в трудных условиях для борьбы с переносчиком (АпорЬе1ез гонит из, главным образом). Приведены данные об успешности принятых мер. Автор полагает, что борьба с малярией в войсках совершенно изменилась с широким применением мепакрина, ДДТ и сеток, пропитанных отпугивающими комаров веществами (репеллентами).

,1. В. 1Ло)Ие, Атероматоз следует отличать от артериосклероза, стр. 92—100, 3 рис.

Прнзедеиа литература — 40 номеров. Излагая необходимость различать указанные патологические состояния артерий, автор указывает, что атероматоз является следствием недостаточности одного из внутренних выделений поджелудочной железы. Отмечены симптомы, физические признаки, данные лабораторного исследования н терапии при атероматозе.

О. В. О а у I з. Зоб у летчиков, стр. 105—111. Указаны 2 работы. Описаны 4 случая и указано лечение.

А. Н. Ногой 11г аиб 8. Ь. Ногоч/Кг, Хемотерапия при лечении некротнчесжогогннгивнта, стр. 112—121. Приведена литература — 46 номеров. Рассмотрено более 50 химических веществ, применяющихся при лечении некротического гингивита. Все они являются только вспомогательными и ни одно не представляет радикального средства для лечения специфической вннцентовой инфекции. Лучше других действуют: раствор сернокислой меди, арсфенамин, мафарсен, водный раствор иода, настойки метафена п вннно-каменнокислый натрий-висмут. Во многих случаях полезны никотиновая кислота и витамин С.

Л. К. Уазсо, Переломы шейки пястных костей, 121—122, 2 рис. Описан способ фиксаций после репозиции переломов шейки пястных костей.

М. О. Н е п г у, Консервативное лечение при инфекции укушенных (человеком) ран. стр. 122—125, 3 рис. Приведена литература — 6 номеров. Описаны 2 случая.

Е. Д. ОепепЬо1г апб М. В1иш, Врожденная миотония, стр. 126—132, 3 рис. Приведена литература — 13 номеров. Детальное описание двух случаев и общий обзор данного болезненного состояния.

Н. Е. К е л п а г б, Способ уменьшения срока госпитализации больных с кистой копчиковой области, стр. 132. Краткий обзор 50 случаев.

Е. К. Е. Копка ап<1 XV. Р. Кое, Ранение сердца шипом ската, стр. 135—137, 2 рис. Приведена литература — 4 номера. Описан случай ранения сердечной мышцы хвостовым шипом (10 см длины) крупного ската, ударившего раненого хвостом по-груди. Выздоровление.

В. С а п п о п а п б XV. С. С г а И а го, Пластическая и восстановительная хирургия ручной кисти, стр. 137—193, 4 рис. Списание одного случая,

С Ь. М. ЗагНп, Психиатрические консультации в армии, стр. 139—143. Отмечены специальные проблемы, с которыми встречается консультант по психиатрии в войсках. Приведена форма подробной программы обследования больного,

С Ь. С Кап ба II алб Ь. М. Магкз, Вспышка инфекции, вызванной тремя видами бактерий рода салмонелл, стр. 144—146. Указан один литературный источник. Описана вспышка кишечной инфекции — заболело 39 человек; источником заболеваний были бациллоносители — кухонные работники.

XV, Ь. Мое цт. апб О. С Пеле у, Безуспешное лечение больного малярией внутренними приемами хинина и атебрина, стр. 146—150, 1 диаграмма. Приведена литература — 3 номера.

Р. А. ХМа1ег$ апб Л. Ь. О1а **топ б.** Простой аппарат для непрерывного внутривенного обезболивания, стр. 150—151, 2 рис. Указан один литературный источник. Описание прибора н его преимуществ.

Р. А. ОоНе, Грибковые инфекции стол у солдат, стр. 152—154. Краткий обзор 2 020 случаев грибкового поражения стоп; указаны осложнения, количество дней нетрудоспособности, способы лечения.

Н. Н. Рагзопз, Держалка для иглы про переливании крови в грудину, стр. 155, **1** рнс.

6. П. XV11 з о п, Приспособление для активных упражнений коленного сустава, **стр,** 156, **2** рис. Аспиратор для применения на поле боя, стр- 157.

Доктор мед. наук Л. М. С т а р о к а д о м с к и й

★

СОДЕРЖАНИЕ

Генерал-полковник мед. службы Б. И Смирно в. Памяти врача-большевика, первого организатора советской военной медицины 3. П. Соловьева ... 3

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛА К ТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Подполковник медицин, службы В Г, Л ы т к и и. Рентгенодиагностика легочных каверн при помощи суперэксионнрованных снимков ..... И

Майор мед. службы, кандидат мед. наук П. М К ир е е в. К вопросу об острых паренхимаюзных гепатитах военного времени . . 16

Подполковник медицин, службы Г. И. Элинсон. Кровоостанавливающий жгут 22

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Подполковник медицин, службы Б. Л. Угрюмой. Некотщ. ые ОС' бенисстн брюшного тифа в 14-ской армии 26

Полковник мед. службы С. Б. Юлаев. Проверка эффективности поливакцины ниИСИ при эпидемической вспышке брюшного тифа 33

Гвардии капитан медицин, службы С. Н. С о р и и с о я. Сравнительная оценка поливакцины НИИСИ и тривакцины .. 36

Подполковник медицин, службы С, А. С а в в а и т о в. Пищевая токен коинфекция, вызванная Вас. еп1ег1Н<Из биЬИп ...41

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Полковник мед. службы проф. П. Е. Калмыков. Портативный (ка; манный; набор для хлорирования и коагуляции воды 44

Майор мед службы А. С. Г р о-м о в. К вопросу дезинфекции рук н посуды в доходно-нолевой обстановке 47

СОМТЕ1ЧТ5

Со1опе1-Сспета! о{ 1Ье Меб1са18егу>се Е. 1. 8 ш 1 г п о У, 1п птетоту о(эиг {теоп Ьо(зс!1еу1к, и,е Вгм тка-П1за1от о! 5»Ук1 т Плату шеЛ-сше 8. Р. ЗтИоУЩУ..... 3-

МЕП1САЫРР0РНУЕАСТ1С 0СЕ8ТЮН5

Иеи(епп1-Со1опе1 о((Не Метйся! 5сгУ1се V. 6. 111 к 1 п. Х-таув О1аепоз1кзо< Ри!шопагу Сауетпз Ьу Меипз о(8ирс1ехрозес! Кб»|-лвпохгитз..... II

Ма}ог о((Це Мейка! 5ету1се, Сзп-<Ь<1а1е о(Месйса) 8с1ещез Р. М. К I г е у е V. Ои (Не биезбоп о(Аси1е ШаМНпе РагепсЬутаЮив НериППз 16-

1Леи1епап(-Сг1опе1 о! Й1е Мебка! 8ет е С. I. ЕНпзоп. Иге В1ооб-51орр1ПХ Тоигтдие!... 22'

ОИЕЗТЮКБ ОР АМТ1ЕР1ИЕАНСАТ ИЕРЕКСЕ ОР тРООРБ

Ыеи(епап1-Со1опс1 о! (Ье Меб1саГ Йетсе В. 1.ихгУитг'"- $0' те Решка лиев о! Турком! т 1Ье И-Атту..... 26-

Со!опе1 о((Не МесЕса! ЗелЛсе 8 Е. V и) а е V. Ехат1паИоп *о(* Ше Е1Вс1епсу *о)* Ро1ууасс1пе №181 з1 Ер1белис Ои1Ьгеак *о(* ТурНо13..... *33-*

Оиатбз СарйИп о! |ке МесБса! 8ег-У1се5. V, 5ог(ц*оп. Сотрагакче ЕзктаИопо! ,Ье Ро1ууас-с1пе К'115)ащ1 (Ье Тпуатсше . 36-

Е1еи!е1 ап(Со1опе1 о(тЬе Медюа! 8етУ1се 5. А. 8 а у у а И о V. Го-об Тох1со>п{ес11оп Саизеб Ьу Вас. еп1еп||б(5 биЬЙп..... 41

ОПЕБТЮНЕ ОР МШТАЯУ НУ01ЕКЕ

Со1опе1 о! 1Ье Ме31еа1 8егу1се Рк>1. Р. Е. К а I ш 1 к <1 у. А Рог(аЬ|е (Роске1)5еИог СЫоппайоп апб Сса&и!аиоп о! Ша(ег.....44

Ма)ог <4 1ке Меб1са1 5егУ1се А. 8. О г о го о V. Сопсетшщ* 1Не С}ие-зНоп о! О1$1п1ес11пх о! Напбз апб 1)Гепз1]з 1о Сатрапе! НеШ Сод-<1111005..... 47

В УЧЕНОМ МЕДИЦИНСКОМ СОВЕТЕ ПРИ НАЧАЛЬНИКЕ ГВМУ ВС СССР

Полковник медицин, службы В. В. Скво р цо в. Итоги совещания гигиенической секции УМС при Начальнике ГВМУ ВС СССР ... 50

БИБЛИОГРАФИЯ

•Полковник медицин, службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны (1941—2945) 52

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский. Библиографический обзор. «Журнал английской военно-санитарной службы" 1945, т. 85. № 1—8, и .Военный врач" (США), 1945, т. 97, № 1-2 .....

А ТНЕ БС/ЕИГ/РГС МЕО1САТ СОИИС1Е ВУ БОРОЕОИ ОЕИЕКАЬ ОР ТНЕ АН МЕГ) РОПСЕБ ОР ТНР ОББК

Со1опе1 о! Ле МеЛса) ЗеМсе V. V. 8 кто г I 5о V. Зиттагу о(Ле ЗесВоп о! Ну[п](епе о! Ле 8с1. Меб. Сопс. Ьу Ле Зиглеоп Сеоега! о! Ле Аттеб Гогсев о! Ле 1183К . . 5Э

ВТВиОСИАРНУ

Со1опе1 о! Ле Меб1са1 8елг1се I. В. Макагоу. ВЛИолгарЬу оп \Уат МеЛсШе [)иППР Ле Уеагл о! Ле Скеа! Ра!г1оИс Фат (1941—1945) 52

Вос!ог о! МеЛса! 8с1епсев Ь. М. 81 атокабошвку. ВЛИолгарЛсЗитуеу о! Ле Ооигпа! о! Ле Ноуа! шебка! 8егу(се, 1945, V. 85, № 1—3; [60] Ле МПИагу Зигяеоп, 1945, V. 97, № 1-2..... 60

★

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

2

ФЕВРАЛЬ

МЕДГИЗ · 1947

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ «СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИИ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы | Н. Н. БУРДЕНКО },
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
геиерал-лейтенанг медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г КРОГКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

2

ФЕВРАЛЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ —1 947 —МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. Сдано в произв. 13/11 1947 г. Подл, к печ. 15,IV 1947 Г. А00927 Ф. бум. 70Х108/16. Печ. л. 4,0. Учетно-изд. л. 6,4. Зи- в 1 п. л. 65 000.
Тираж 8 800 экз. Цена 2 руб. Заказ 72.

13-я тип, треста <Полиграфкнига» ОГИЗа при Совете Министров СССР. Москва, Денисовский, 30

ПРИКАЗ

МИНИСТРА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

23 февраля 1947 г. **Ла 10** г. Москва

Товарищи солдаты и матросы, сержанты и старшины! Товарищи офицеры, генералы и адмиралы!

Сегодня наша страна празднует 29-ю годовщину существования Советской Армии.

Основанная великим Лениным Советская Армия прошла славный путь. Вся ее история является живым примером героизма, беззаветного служения Родине и доблестного выполнения своего воинского долга. Это особенно ярко проявилось в выдающихся победах, одержанных Советской Армией в Великой Отечественной войне. Родина никогда не забудет героических дел своей армии.

День своей 29-й годовщины Советская Армия встречает в условиях, когда весь наш народ напряженно трудится, осуществляя задачи по ликвидации последствий войны, по восстановлению и дальнейшему развитию народного хозяйства.

Рабочие, крестьяне и интеллигенция нашей страны, успешно выполнив план первого года новой пятилетки, самоотверженно борются за дальнейшее повышение темпов строительства и роста производства во всех отраслях народного хозяйства, за новый подъем промышленности и сельского хозяйства, за увеличение выпуска товаров широкого потребления, за быстрый рост советской науки и техники.

Прошедшие выборы в Верховные Советы союзных республик увенчались полной победой блока коммунистов и беспартийных. Это означает, что единство советского общества нерушимо, что все советские люди тесно сплочены вокруг своего Правительства, коммунистической партии и полны решимости добиться дальнейшего расцвета своей Родины,

Советская Армия в условиях мирного времени, выполняя поставленные перед ней задачи по боевой учебе, обязана также двигаться дальше вперед и добиться новых, более высоких успехов в боевой и политической подготовке. Этого требует от нас дело упрочения мира, дело обеспечения безопасности нашей Родины.

Руководящим принципом боевой подготовки советских Вооруженных Сил всегда было и теперь остается — учить войска тому, что необходимо на войне. Опыт показал, что современная война требует от войск высоких боевых и моральных качеств, хорошей военной и политической подготовки, умелого владения боевой техникой, надежного взаимодействия и большой физической выносливости.

Задача всего личного состава нашей Армии, Авиации и .Флота заключается в том, чтобы неустанно, изо-дня в день,

совершенствовать свое военное мастерство, продолжать глубоко изучать опыт войны и умело использовать его.

Генералы, адмиралы и офицеры обязаны неуклонно повышать свои теоретические — военные и политические знания, а также овладевать методикой войсковой подготовки, столь необходимой в условиях мирной учебы.

Сержанты к старшины должны настойчиво овладевать командирскими навыками, чтобы на деле стать ближайшими помощниками офицеров в поддержании воинской дисциплины, в обучении и воспитании солдат и матросов.

Солдаты и матросы должны старательно, с напряжением сил, совершенствовать свою огневую, тактическую, строевую, специальную и политическую подготовку, закалять себя физически, чтобы стать умелыми воинами, способными преодолевать любые трудности походно-боевой обстановки.

Обучая и воспитывая подчиненных, все командиры и начальники обязаны заботиться об их быте, питании, устройстве и обмундировании, о том, чтобы военнослужащие во-время и полностью удовлетворялись всем положенным им довольствием.

Важнейшим условием боеспособности наших Вооруженных Сил является твердая воинская дисциплина, основанная прежде всего на высокой сознательности и политическом воспитании военнослужащих. Поэтому все командиры н начальники, неослабно укрепляя воинскую дисциплину и проявляя строгую требовательность, обязаны при этом повседневно воспитывать подчиненных в духе преданности Родине, в духе сознательного выполнения воинского долга и личной ответственности каждого воина за дело защиты Родимы.

Товарищи солдаты и матросы, сержанты и старшины!

Товарищи офицеры, генералы и адмиралы!

От имени Советского Правительства и нашем Коммунистической партии приветствую и поздравляю вас с 29-й годовщиной Советской Армии.

В ознаменование 29-й годовщины Советской Армин

ПРИКАЗЫВАЮ:

Сегодня, 23 февраля, произвести салют в столице нашей Родины — Москве, в столицах союзных республик, а также в Калининграде, Львове, в Хабаровске, Владивостоке, в Порт-Артуре и в городах-героях — Ленинграде, Сталинграде, Севастополе и Одессе — двадцатью артиллерийскими залпами.

Да здравствует Советская Армия и Военно-Морской Флот!

Да здравствует наше Советское Правительство! [1]

Да здравствует наша Коммунистическая партия!

Да здравствует великий советский народ!

Да здравствует наша могучая Родина!

Министр Вооруженных Сил Союза ССР
Генералиссимус Советского Союза
И. СТАЛИН

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Майор мед. службы В. К. БАЕВ

1. РАНЕНИЕ КРУПНЫХ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В ВОЙСКОВОМ И АРМЕЙСКОМ РАЙОНАХ

Наблюдения, послужившие основанием для этой статьи, были сделаны за 16 месяцев Великой отечественной войны. За это время через госпиталь прошло НО раненых с повреждением магистральных сосудов; 106 человек оперировано.

По нашему материалу частота ранений крупных сосудов к общему количеству поступивших раненых составляет 0,36%.

По виду ранящего оружия ранения сосудов распределяются следующим образом: осколочных ранений — 66 (60%), из них: осколками мин — 54 (49%), осколками авиабомб — 5 (4,4%), осколками артиллерийских снарядов — 7 (6,6%), сквозных осколочных ранений — 36, слепых — 30; пулевых ранений — 44 (40%), из них сквозных — 35, слепых — 9.

Частота ранений отдельных сосудов, по статистикам разных авторов, распределяется следующим образом (табл. 1).

. Таблица I

Частота ранений отдельных сосудов по статистикам разных авторов (в процентах)

Автор / Название артерии	Богораз (сборная статистика русских хирургов; 417 случаев)	Ахутнн (война с белофиннами; 530 случаев)
Височная		
Наружно-челюстная		
Общая сонная, внутренняя сонная	1	0,75
Подключичная	7	1.5
Подмышечная . .-	6,7	1,9
Плечевая	И	27,0
Артерия предплечья	6,4	11,9
Ягодичная		
Бедренная	30	30.0
Подколенная	12	5.4
Передняя и задняя большеберцовая	10	13.0
Прочие артерии		6,5
	100	ЮО

Из 28 случаев ранений сосудов бедра (табл, 2) отмечено одновременное ранение обоих сосудов в 16 случаях, ранение только артерии— в 10 случаях, ранение вены — в 2 случаях. Из 12 ранений сосудов плеча оба сосуда повреждены в 5 случаях и изолированные ранения артерии имелись в 7 случаях.

Несколько чаще, по нашим данным, отмечается ранение сосудов правой половины тела: 59 (53,7%) ранений справа и 51 (46,3%)—слева.

Однако при рассмотрении повреждений отдельных артерий такой закономерности не наблюдается. Правая подколенная артерия ранится в полтора раза чаще левой.

Мы различаем следующие возможности ранения сосудов: ранение сосуда по касательной с одним отверстием, сквозное с двумя отверстиями н полный перерыв сосудистого ствола.

При касательных и сквозных ранениях отверстия в сосуде обычно вытянуты по оси сосудов.

Таблица 2

Частота ранений отдельных сосу.1ов по нашим данным

Название артерии	Коли-ме тво случаев	В %	Ранение артерии и вены	Ранение только артерий	Ранение только вены
Височная	1	0,9	—	1	—
Наружно-мелю ст на я	2	1.8		2	—
Общая сонная, внутренняя сонная	6	5.5	4	1	1
Подключичная	**5**	**4,5**	5		—
Подмышечная	4	3,6	1	2	1
Плечевая	12	10.9	5	7	II*
Артерия предплечья	7	6.4	—	7	
Ягодичная	8	7.2	1	7	
Бедренная	28	25,5	16	10	2
Подколенная	10	9.1	3	7	—
Передняя н задняя большеберцовая	И	10	1	10	ш—
Прочие артерии	7	6 4		7	—'
	ПО	100	56	61	1 4

Следовательно, наиболее часто ранится бедренная артерия, затем **сосуды** голени, плеча, подколенная и ягодичная артерии.

Из НО раненых с повреждениями крупных сосудов кровотечения **на** нашем этапе наблюдались у 84 человек (76,4%). Пульсирующие гемато**мы,** аневризмы были в 14 случаях, свежие кровяные сгустки-тромбы **на дне** раны — в 3 случаях, ишемическая гангрена, связанная с повреждением сосудистого пучка, — в **9** случаях. Последнее побудило нас **произ**вести более тщательную ревизию раны и ампутацию.

Таким образом, кровотечение из раны явилось основным признаком ранения сосуда.

Кровотечения после ранения по времени наступления их распределяются следующим образом: в первые 48 часов с момента ранения кровотечение произошло у 31 человека (37%), от 48 часов до 7 дней— у 19 человек (22,6%), от 7 до 14 дней — у 24 человек (28,5%) и от **14 до 21 дня** — у 10 человек (11,9%). Рецидивирующие кровотечения у нас встретились в 19 случаях (22,6%).

Практически более важное значение для тыловых этапов, начиная **с** армейского, играют так называемые септические, вторичные кровотечения, возникающие вследствие септических изменений в стенках поврежденного сосуда, развития пролежня стенки сосуда от давления инородного тела (пули, металлического осколка, костного осколка, дренажной трубки). Вопрос о вторичных кровотечениях, или, как их называют, поздних, в основном связан с вопросом своевременной и ранней диагностики повреждений сосудов на этапах эвакуации. Нераспознанные ранения сосудов неизбежно приводят к вторичному кровотечению или дают впоследствии пульсирующие гематомы и аневризмы.

€

Вторичные кровотечения происходят в большинстве случаев с 7—10-го дня после ранения, когда рана переходит во вторую фазу, когда в основном отторжение некротических тканей уже закончилось, так как в результате нагноения происходит размягчение тромба, закупоривающего сосуд; в других же случаях некротизируется и отторгается ушибленный в момент ранения участок сосудистой стенки.

Лериш и Поликар объясняют генез кровотечений септическими изменениями в стенке кровеносного сосуда. Они считают, что эластическая ткань крайне чувствительна к протеолитическим ферментам, продуцируемым нейтрофильными полинуклеарами. Эти ферменты лишают эластическую ткань основного ее свойства — эластичности, она делается хрупкой, не может противостоять кровяному давлению, в результате чего происходит эктопия стенки и образуется миниатюрная аневризма, которая в дальнейшем узурируется.

По нашим наблюдениям в происхождении поздних кровотечений большую роль играет недостаточная иммобилизация, недостаточная и подчас неправильная хирургическая обработка, не обеспечивающая оттока гноя, т. е. все то, что способствует развитию инфекции.

Весьма интересным фактом является наличие в стенке аневризмы костной ткани. Подобные случаи описаны Богоразом, Добровольской, Геном, Плегером. Мы также оперировали раненого с артерио-венозной аневризмой и переломом грудинного конца ключицы, у которого часть стенки аневризматического мешка состояла из костной мозоли, идущей от ключицы.

Вопросы о ранении вен освещены в литературе очень слабо, так как обычно они не представляют непосредственной опасности для жизни. По нашим данным, на ПО случаев ранений сосудов изолированные ранения вен наблюдались в 4 случаях (3,7%). При ранении вен мы находили гематомы в межмышечных пространствах.

При кровотечении из поврежденного сосуда диагностика ранения проста. Но нередко мы сталкивались со случаями, когда образовавшийся тромб довольно прочно закупоривал просвет сосуда или образовавшаяся внутритканевая гематома не давала признаков наружного кровотечения. В таких случаях внимательное, комплексное исследование раненого обеспечивает правильное распознавание. Иногда ценные сведения для диагностики дает анамнез, так как большинство раненых может достаточно точно рассказать о степени тяжести кровотечения, происшедшего в момент ранения. Большое значение в диагностике ранения сосудов следует придавать проекции раневого канала по отношению к анатомическому расположению сосудов. Внутритканевые кровотечения изменяют контуры конечности, но не всегда. При наличии внутритканевой гематомы выслушивание сосудов в ранние сроки дает интермиттирующий шум. На периферии пульс может быть ослаблен или совершенно отсутствовать. Появляются ишемические боли конечности. По нашим наблюдениям чрезвычайно ценны жалобы септических раненых на боли в ране. Эти жалобы должны настораживать, так как боли в ране часто предшествуют кровотечению.

Пирогов во время обороны Севастополя в 1854—1855 гг. первый отметил и описал шум жужжания в гематомах и предложил выслушивать его стетоскопом. Сапежко при отсутствии кровотечения придает опознавательное значение самой гематоме. По данным Бурденко (214 случаев ранений больших и средних сосудов), пульсация в гематоме отмечалась в первые 24—36 часов в 68 случаях. Цеге фон Мантейфель настаивает на абсолютном постоянстве симптома Валя (скребущий шум при аускультации гематомы). Бурденко отмечает появление шумов в 20%, из них в 40% шум появился на 2—4-й день, а в остальных — на 20—35-й день. В зависимости от того, какой вид аневризмы мы имеем — артериальный или артерио-венозный, клиническая

картина будет различной. Главным признаком артериальной аневризмы является прерывистый шум волчка, синхроничный с пульсом. При сжатии сосуда пульсация исчезает.

Сопутствующим признаком артериальной аневризмы являются боли; частота их достигает, по Богоразу, 20ª/&; причины болей — раздвигание тканей, сдавление и натяжение нервов (Сапежко) изливающейся кровью.

По нашим данным, артериальные аневризмы в 5 случаях сопровождались болями в конечностях. Парезы и параличи вследствие повреждения нервных стволов, по Богоразу, встречаются в 25% случаев. Мы таких случаев параличей при наличии гематом иля аневризмы не отметили ни разу.

При перевязке сосудов на протяжении мы лигируем центральные и периферические концы, обязательно иссекаем (по Леришу) поврежденный участок артерии, вовлеченный в воспалительный процесс, и всегда перевязываем одноименную вену (по Оппелю).

В основу хирургического лечения ранения сосудов в чистой ране без гноя мы положили сосудистый шов.

На НО случаев ранения крупных магистральных сосудов перевязка сосудов произведена в 90 случаях (81,8%). Гангрена конечности после перевязки сосудов развилась у 9 раненых (8,2*/»): при перевязке плечевой артерии — в одном случае, бедренной — в 3 случаях (в 2 случаях перевязка произведена под пупартовой связкой, в одном случае — в средней трети бедра), подколенной — в 4 случаях и подключичной — в одном случае.

По статистике Вольфа, на 95 случаев перевязки сосудов гангрена наблюдалась в 25%, чаще всего при перевязке подколенной артерии (46%). Герцен на 141 случай перевязки сосудов имел гангрену в 15% случаев, Богораз на 214 случаев — в 8,3%.

У нас была сделана 2 раненым перевязка общей сонной артерии. Один из них умер от размягчения мозга вследствие недостаточности питания его.

Идеальным вмешательством при кровотечении является операция сосудистого шва. Однако применение ее ограничено большими дефектами сосудов в свежих ранах, наличием инфекции ран, грозящих вторичным кровотечением. По наблюдениям Богораза сосудистый шов был применен в 35,3% случаев, и только в одном отмечено омертвение конечности. Суботич зарегистрировал развитие гангрены после перевязки сосудов в 12% случаев и после наложения сосудистого шва — в 6,6% случаев. В подходящих случаях операции сосудистого шва должны найти применение, так как они имеют значительное преимущество перед лигатурой сосуда. В наших 6 случаях (5,6%) сосудистого шва расстройства кровообращения не было ни разу. Два раза мы наложили швы на бедренную артерию, один раз — на подключичную и один раз — на общую сонную по типу пристеночного шва. В остальных двух случаях произведена пластика дефекта общей сонной артерии с заплатой из аневризматического мешка. Во всех случаях после операции сохранился периферический пульс, и раненые в хорошем состоянии были эвакуированы в тыл.

Большинство наших операций (87, или 82%) проведено под наркозом, так как наркоз дает большую свободу действий, особенно в областях с тесным расположением нервных стволов. Местная анестезия применена в 19 случаях (17,7%).

Всего из ПО раненных в крупные магистральные сосуды умерло 11 человек. Во всех случаях смерть произошла от сепсиса. У Бурденко при перевязке сосудов (82 случая) умерло 17 человек (20,7%).

Оперативные вмешательства во всех случаях сопровождались переливаинем массивных доз крови.

Выводы

I. Нераспознавание «а предыдущих этапах ранения сосудов часто ведет к тяжелым кровотечениям.

2. Выжидательная тактика, отказ от оперативного вмешательства при самопроизвольно остановившихся кровотечениях приводят к запоздалой перевязке сосудов и повышению смертельных исходов.

3. Тампонада раны не заменяет перевязку сосудов, а способствует инфекции раны и кровотечению.

4. Операции при кровотечениях являются неотложными. Избранным методом в свежих случаях является перевязка сосуда в ране. В инфицированных ранах и при септических кровотечениях предпочтителен метод перевязки сосудов на протяжении, с обязательной лигатурой центрального и периферического концов, с иссечением поврежденного инфицированного участка сосуда по Леришу и перевязкой одноименной вены по Оппелю.

5. В армейском районе и на тыловых этапах эвакуации следует расширять показания к наложению сосудистого шва в свежих случаях.

2. К МЕТОДИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КРУПНЫХ АРТЕРИО-ВЕНОЗНЫХ АНЕВРИЗМ

Ранения сосудов шеи, по статистике Герцена, наблюдаются в 9% всех ранений сосудов. Мы наблюдали НО случаев ранений сосудов, в числе которых в 6 случаях были ранены сосуды шеи (5,5%). В том числе в 4 случаях была ранена общая сонная артерия и внутренняя яремная вена, в одном случае имелось ранение внутренней сонной артерии (изолированное) и в одном — внутренней яремной вены (также изолированное), В 2 случаях ранение было нанесено осколком мины и в 4 случаях были сквозные пулевые ранения. Чаще встречаются ранения общей сонной артерии. По имеющимся литературным данным, среди операций на общей сонной артерии превалирует перевязка сосуда. Операция эта представляет непосредственную опасность для жизни, так как при ней выключается из кровообращения почти половина головного мозга. По Вальтеру, перевязка общей сонной артерии дает 47% смертности. Идеалом хирургической техники Н. Н. Бурденко считает наложение сосудистого шва как метода окончательной остановки кровотечения. Но практически сосудистые швы при ранении общей сонной артерии накладываются очень редко: *у* Бурденко 2 случая, у Богораза один случай. На 90 перевязок магистральных стволов сосудистый шов был применен нами в 6 случаях, из них в 3 случаях —на общую сонную артерию. Иногда при сосудистом шве в просвете сосуда образуется тромб, который ведет к прекращению тока крови в дистальную часть сосудистого ложа. Это расстройство кровоснабжения может быть настолько значительным, что подобно перевязке сосудов, ведет к омертвению конечности. У Богораза на 35 случаев сосудистого шва в одном случае развилась гангрена конечности. Субботин отмечает 6,6% ишемических гангрен после наложения сосудистого шва. Применение сосудистого шва ограничивается размерами дефекта сосудов в свежих ранах и наличием инфекции, ставящей под угрозу прочность шва.

Из 6 случаев ранения сосудов шеи в 3 случаях мы применили сосудистый шов, из них в 2 — по оригинальному пластическому способу. Приведу выдержки нз истории болезни.

Д-к, 1925 г. рождения (история болезни № 14). Ранен пулей 22.1X.1943 г. в 16 часов. Поступил 1.X.1943 г. в 20 часов в тяжелом состоянии с жалобами на

затрудненное глотание, осиплость голоса. Раненый цианотичен. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Над IV правым ребром по сосковой линии расположена рана размером I X 1 см. Вторая таких же размеров рана на шее справа и кзади на уровне III шейного позвонка. Обе раны заживают под струпом. В области средней трети правой ключицы имеется деформация, к которой прилежит опухоль, распространяющаяся вдоль ключицы и вверх на шею. Размер опухоли 6X8 см.Симптом Валя положительный. Пульс на ветвях правой сонной артерии слабее, чем на здоровой стороне. Диагноз колебался между ранением подключичной и общей сонной артерии. Раненый находился в удовлетворительном состоянии. З.X1 под местной «инфильтрационной анестезией 0,5'/» раствором новокаина сделана операция; разрез по нижнему краю правой ключицы от наружной трети до грудино-ключичного сочленения и кверху по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы. На месте перелома ключицы обнаружена огромная костная мозоль, входящая в состав аневризмы с наружно-нижней поверхности. Во время экзаргикуляцни ключицы -в грудинном отделе началось обильное кровотечение, которое* остановлено тампонадой пальцем. Ключица удалена без костной мозоли, входившей в состав аневризматического мешка. Наложены и затянуты провизорные лигатуры (марлевые кромки) на безымянную артерию и вену, подключичные, сосуды, общую сонную артерию и внутреннюю яремную вену. Удалена костная мозоль с предварительной -перевязкой поврежденной при ранении внутренней артерии грудной железы, изложен пристеночный шов на дефект (размером I X 1 ем) в наружно-передней стейке внутренней яремной вены. Выделена область анастомоза между артерией и веной, прилегающих друг к другу вплотную. При отодвигании артерии в области анастомоза тянется конус из более податливой и мягкой венозной стенки, что навело «а мысль использовать его как заплату на дефект размером IX 1,5 гм в артериальной стейке. Получившийся дефект на внутренней яремной веке закрыт пристеночными швами. При дальнейшем освобождении артерии на внутренней и задней ее поверхности обнаружена сообщающаяся с просветом сосудов изолированная полость размером 2X2 см. Полость выделена и раскрыта. В верхнем полюсе аневризматического иешка. непосредственно от края дефекта 'в сосуде (размером 1 X) см), распластана ткань в виде языка, отличающаяся своим видом .и консистенцией от остальной ткани и органически связанная с сосудом. Создавалось впечатление, что—-это часть сосудистой стенки, выбитой пулей. После удаления рубцовой ткани этот лоскут отвернут вниз по длиннику сосуда и подшит рядом швов к краям дефекта. После наложения швов сняты периферические провизорные лигатуры, затем медленно сняты центральные. Кровь свободно пошла через оба сосуда. Во время операции выделен из рубцов блуждающий нерв. В подкожную клетчатку вставлены выпускники на 24 часа, на кожу наложено несколько швов. Перелито 800 см[5] крови одноименной группы. Длительность операции 3'/з—4 часа. Фиксация головы и шеи шинами Крамера. Послеоперационное течение гладкое. Передан на месте в ЭГ. Отдаленные результаты; через 4 месяца больней здоров, получил отпуск на 6 месяцев. Пульс на височной артерии справа одинаковой силы с пульсом на левой стороне.

Рис. I
4 — агтсгио.цРноз».п» аневризма оЛш й Сонной артерии и в, емкой ц.нн

С-н, 1923 с. рождения (история болезни № 472), Ранен осколком мины 21.IX. 1943 г. Поступил в состоя кии средней тяжести 22. (X с жалобами на шум в голове, головную боль. Пульс 86 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. На шее впереди грудино-ключичной мышцы слева имеются три ранки (вазмером 2X1 см. 1 X 1,5 см и 2X3 см) с неровными краями и кровянистым отделяемым. В области ран определяется опухоль размером 4X6 см. над которой выслушивается шум волчка.

Диагноз: множественные слепые осколочные ранения шеи слева; артерио-венозная аневризма общей сонной артерии и внутренней яремной вены, Н.XI.1943 г. под эфирным наркозом (100,0) сделан разрез по переднему краю грудино-сосковой мышцы ниже и выше опухоли. Периферический и центральный концы общей сонной артерии и внутренней яремной вены взяты на провизорные лигатуры (марлевые кромки). Во время отделения общей сонной артерии от внутренней яремной вены началось сильное кровотечение, остановленное натяжением провизорной лигатуры.

Ввиду почти полного перерыва внутренней яремной вены перевязаны ее центральный и периферический концы. Для закрытия дефектов стенки общей сонной артерии (размером 0,5 X см) использована прилегающая к дефекту ткань аневризматического мешка (па ножке). По внешнему виду ткань -походила на отвернутую во время ранения стенку артерии. После удаления рубцовой ткани лоскут вшит узловатыми швами в дефект артерии. Оставлены на 24 часа провизорные лигатуры па общей сонной артерии. Рана послойно зашита. Длительность операции 2 часа. Фиксация головы и шеи шинами Крамера. Через сутки провизорные лигатуры удалены. Послеоперационное течение гладкое. Через 4 месяца раненый находился в хорошем

состоянии. Пульс височной артерии слева несколько слабее, чем на здоровой стороне.

В третьем случае применен сосудистый шов по типу пристеночного шва по поведу артерио-венозной аневризмы общей сонной артерии и внутренней яремной вены (справа). Результат хороший.

При вынужденной длительности хирургического вмешательства мы считаем необходимым для предупреждения образования сгустков ввести в полость артерии между провизорными лигатурами раствор лимоннокислого натрия. Детали и особенности нашей оперативной техники определяются анатомическим строением аневризматического мешка, прилежащего к дефекту стенки артерии. К началу второго месяца после ранения сосудов формируется аневризматический .мешок, состоящий из соединительной ткани. При микроскопическом исследо-

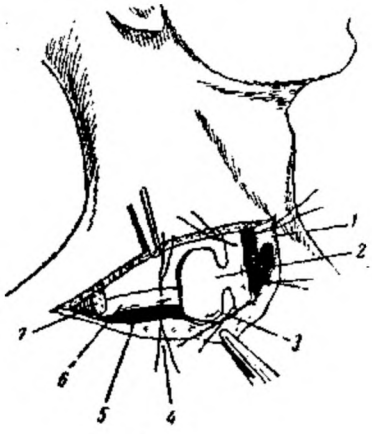
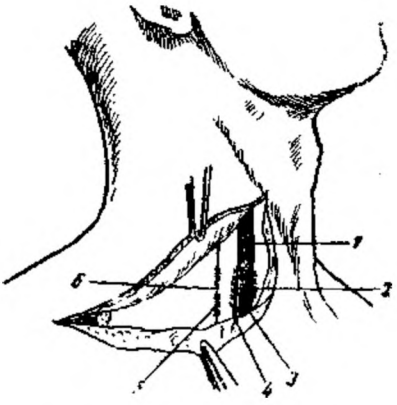


Рис. 2

1 — 6л уж да юший ища: .2 — артерио-венозная «неврита оь.»еГ< со.ной артерии и яшкной Рены; *3*—юстная ч.срь анеп11И?ма.ичесхого меш«а: *4*—провизорные лигатуры; ,5-подключичная ар.ерия; 6- подключичная вена, *1*—резецированная ключица



Рис, 3

1 — общая сонная артерия; 2 — „материнское, место- подшито к остей сонной а,терин; 3— заплата из яремной вены подтип к обще! Сонной артерии; *4* — блуждающий нерв; *6*— 1 сосудистый шов; *6* — яра иная вена

вании мешка находят более молодую соединительную ткань ближе к полости и более старую, плотную — в наружных слоях. Внутренняя стенка мешка выстлана легко отпадающим эндотелием, который растет из просвета сосудов и раньше всего покрывает место перехода мешка в сосуд. Наружный слой стенки мешка сливается с адвентицией и влагалищем сосуда, являясь как бы продолжением их. Этот слой состоит из пучков плотной соединительной ткани и несет в себе сосуды и нервы (Богораз).

В двух описанных случаях нам казалось, что часть аневризматического мешка находилась в столь прочной органической связи с сосудом, что как будто являлась продолжением сосудистой стенки, переходящей в оболочку вновь образованной полости. Она имела лоскутный вид, своим широким основанием примыкала к краю дефекта, плотность и внешний вид ее отличались от окружающей ткани и она легко выделялась во время операции. Дальнейшее гладкое послеоперационное течение еще более поддерживало уверенность, что здесь имелась часть сосудистой стенки, включенной в стенку аневризмы, поэтому мы назвали эту часть «материнским местом». Если наши предположения и наблюдения окажутся правильными, то рекомендуемая методика будет более физиологичной, она гарантирует от образования тромбов н в то же время обеспечивает зияние просвета сосудов.

Возвращаясь к анализу первой истории болезни, следует подчеркнуть, что там на две раны общей сонной артерии налажено две з»-

платки. Одна — из стенки вены в области анастомоза, вторая — из так ■сзываемого материнского места. Удачный исход с сохранением ложа общей сонной артерии связан с наличием родственной ткани с эндотелиальным покровом на ней.

Необходимо отметить, что во втором случае (история болезни № 472) -мы на одни сутки оставили в ране провизорные, но не затяну**тые** лигатуры на общую сонную артерию выше и ниже сосудистого шва. В первом случае (история болезни № 14), уверенные в благоприятном исходе, мы отказались от этого приема.

В послеоперационном периоде обязательна фиксация головы (мы применяли шины Крамера).

Подполковник мед. службы Е. Н. ПОПОВ

НОВАЯ МОДИФИКАЦИЯ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКОЙ АМПУТАЦИИ СТОПЫ ПО ПИРОГОВУ

В 1952 г. хирурги всего мира будут отмечать знаменательную дату столетия первой костнопластической ампутации, произведенной нашим •ъеликим соотечественником Николаем Ивановичем Пироговым.

Значение этого открытия лучше всего определяется словами самого Пирогова, который писал, что «кусок одной кости, находясь в соединении с мягкими тканями, прирастает к другой и служит к удлинению члена».

Приведенная формулировка ясно определяет существо операции, поднимающейся на высоту метода, имеющего общебиологическое значение. Это, по сути дела, биологический закон, блестящим практическим подтверждением которого послужила костнопластическая ампутация стопы.

Предложение Пирогова, как известно, вызвало ряд аналогичных оперативных вмешательств, авторы которых стремились внести те или другие конструктивные поправки в первоначальный план операции (операции Гюнтера, Ле Фора, Эсмарха, Брунса, Траубе, Разумовского, Эйзельсберга, Юзефовича, Риоблана, Левшина, Бира и Спасокукоцкого).

Следует отметить, что в отношении протезирования культя после классической операции Пирогова имеет безусловные преимущества над культями после различных видоизменений. Так, например, значительная булавовидность культей после наиболее распространенных модификаций операции Пирогова по Гюнтеру и Ле Фору является причиной резкой некосметичности протеза.

Культя по Пирогову не оставляла бы желать лучшего, если бы не •осложнения, которые нередко наблюдаются при этой операции.

Эти осложнения обусловлены в основном трудностью удержания остатка пяточной кости на спиле костей голени и выражаются в смещении остатка пяточной кости (пяточного бугра) кзади и в установке его в супинационяом положении. Причиной смещения пяточного бугра кзади является тракция трехглавой мышцы голени, для предупреждения чего предлагалось и рассечение ахиллова сухожилия, и фиксация пяточного бугра металлическими и костными (из слоновой кости) **гвоздями.**

Простым подшиванием мягких тканей фиксация остатка пяточной кости, как правило, не достигается.

Следствием этого и является установка костного трансплантата в побочном положении.

По Кауфману, изучавшему отдаленные результаты костнопластических ампутаций по Пирогову, на 177 обследованных неопорные культи встретились в 5,7%, частично опорные — в 14,1%. Другими словами, почти 20% всех оперированных оказываются с неполноценными культями.

Недостаточная иммобилизация пяточного бугра имеет, невидимому, значение и в патогенезе остеомиэлитов его, наблюдающихся, к сожалению, не столь уж редко.

Питание пяточного бугра в значительной степени улучшилось бы при условии полной иммобилизации его на спиле костей голени. При этом не нарушалось бы формирование дополнительных сосудистых связей трансплантата с окружающими тканями и в первую очередь с костью, что, наряду с абсолютным покоем, обеспечило бы большую резистентность тканей к инфекции.

В поисках метода, обеспечивающего более совершенную фиксацию пяточного бугра при операции по Пирогову, мы остановились на приеме, который использовал прогЬ. Г. А. Альбрехт, модифицируя ампутацию бедра по Гритти. Основной недостаток этой операции — смещение надколенника был устранен образованием штифта на задней поверхности надколенника, при помощи которого надколенник, как «пробка **от** бутылки шампанского», вставлялся в просвет костномозгового канала на спиле бедра.

То, что при ампутации по Пирогову не вскрывается костномозговая полость большеберцовой кости, нам казалось, не может быть помехой для операции, поскольку отверстие в эпи-метафизарном отделе большеберцовой кости может сделать сам хирург.

Что касается образования штифта на пяточном бугре, то здесь с технической точки зрения условия неизмеримо, более благоприятные, чем при устройстве штифта на надколеннике при ампутации по Гритти-Альбрехту.

Модификацию костнопластической ампутации стопы по Пирогов} в таком плане мы разработали на трупе, а затем произвели на больном, история болезни которого приведена ниже.

При предлагаемой операции мягкие ткани рассекаются, как при классической ампутации стопы по Пирогову, — от верхушки одной лодыжки, перпендикулярно вниз через подошву до кости и далее вверх к противоположной лодыжке.

Второй разрез при подошвенном сгибании стопы рассекает все мягкие ткани по передней полуокружности голеностопного сустава, соединяя концы первого разреза.

После рассечения боковых связок вскрытого голеностопного сустава вывихивается и удаляется таранная кость, а вслед за нею и стопа, отделяемая от пяточной кости рассечением связок между пяточной **я** ладьевидной, пяточной и кубовидной костью Ы{игса1ит сакапеосиЬоМеит богза1е, са1сапео-пач1си1аге с1огза1е). После этого пяточный кожно-сухожильно-костный лоскут захватывается рукой оператора **и** передний отдел пяточной кости, у переднего края задней суставной поверхности ее, отпиливается листовой пилой в плоскости первого разреза мягких тканей (приблизительно перпендикулярно к длиннику пяточной кости). Отпиливаемую часть пяточной кости следует при этом фиксировать щипцами Фарабефа.

С помощью той же пилы после предварительного отделения мягких тканей на конце пяточной кости, выстоящем в ране, выпиливается костный штифт в виде параллелепипеда с основанием в форме квадрата. Размеры этого штифта (см. схему 1) примерно должны быть следующими: ребро квадратного основания 12—15 мм, высота 17—20 мм (средние размеры первого 13 мм, второго— 18 мм). Штифт должен располагаться в центре спила пяточной кости (рис. 1).

Для выпиливания штифта листовая пила устанавливается перпендикулярно к поверхности спила пяточной кости, в сагиттальном направлении, иа расстоянии 0,5—I см от края кости, и псследняя пропиливается по длине на высоту будущего штифта. Кость пропиливается таким образом четыре раза — в последовательно перпендикулярных плоскостях (Д.4, *ВВ, СС, ВО). У* основания штифта боковые части *(1,* 2, *3, 4)* отделяются круговым опиливанием. При этом надлежит следить за тем, чтобы не было подпилено основание штифта.

После образования штифта опиливают суставные концы костей голени и на спиле большеберцовой кости плоским долстсм (10 мм) выдалбливают четырехугольное отверстие, размеры которого должны соответствовать размерам штифта (рис. 2).

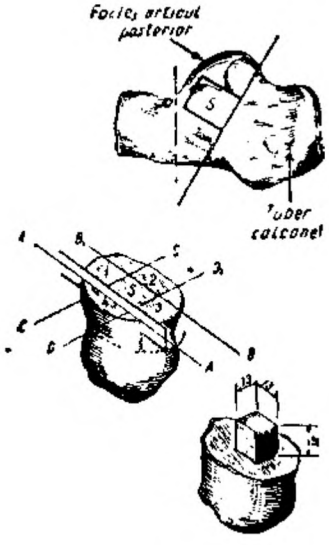
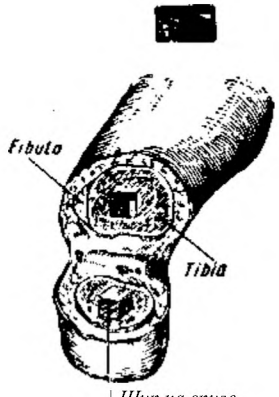


Рис. 1



| *Шип на спиле caCcone!*

Рис. 2

Штифт должен плотно входить в приготовленное для него отверстие, **чем** и достигается иммобилизация пяточного бугра. Операция **заканчивается** сшиванием мягких тканей (3—4 узловых шва на надкостницу **а** апоневротический слой, узловые швы на кожу).

По описанному способу мы произвели операцию у одного больного. Результаты хорошие.

Б-ной И. И. П-ко, 20 лет (история болезни № 34/107), поступил е хирургическое «деление 1-й -клинической больницы Саратова 17.1.1943 г. но поводу размозжения правой стопы *(час назад при соскакивании с поезда попал ногой под колесо вагона). • Больной правильного астенического телосложения, средней упитанности. Общее состояние не нарушено. Температура 36.6°. Пульс 80 ударов в минуту. Изменений со стороны внутренних органов нет. После снятия с правой стопы повязки, пропитанной кровью, обнаружено: пальцы и днсгальная часть правой стопы до уровня основания плюсневых костей размозжены. Множественный мелкоескольчатый перелом фаланг н плюсневых костей с разрывом и отслойкой кожи, сухожилий и мышц. По тыльной поверхности стопы кожная рана распространяется до уровня голеностопного сустава. Обширная рана умеренно кровоточит.

Под общим эфирным наркозом больной экстренно оперирован. Произведена (Е. Н. Попов) костнопластическая ампутация по Пирогову в описываемой в настоящей работе модификации. Поверхность костных олилов перед укреплением пяточного бугра припудрена 2 г сульфидина. Кетгутовые швы на мягкие ткани. По углам раны введено два выпускника (но 24 часа). Гипсовая лонгета.

1.11.1943 г. сняты швы. Заживление первичным натяжением. 16.11 больному разрешено ходить, слегка нагружая культю. 29.11 больной выписан в хорошем состоянии. Ходит свободно, опираясь на культю.

Данный случай показывает, что фиксация пяточного бугра при операции Пирогова с помощью оставляемого на пяточной кости штифта, вводимого в отверстие, выдалбливаемое в эпи-метафизарном отделе большеберцовой кости, достигает цели.

Конечно, нужны дальнейшие наблюдения, которые покажут целесообразность предлагаемого нами добавления к классической костно-пластической ампутации стопы по Пирогову.

*

Майормрд. службы М. М'ЧРФАЙЗИЕВ

ОТКРЫТЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГАЗОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Хирургическое вмешательство при газовой инфекции имеет основной задачей создание аэрации раны. Ввиду этого мы в своем лечебном учреждении ввели открытый способ лечения газовой инфекции. Прежде всего производится обычная хирургическая обработка. Пестель должна быть заранее приготовлена (марлевый каркас и стерильные простыни). Для нижних конечностей применяется специальная шина с двумя подвижными подставками для уравновешивания переломленного участка кости. Пораженный участок мы держим открытым под двумя слоями стерильной марли и через каждые 10—15 минут орошаем раствором марганцовокислого калия.

Если поражена верхняя конечность, то стерильных простынь для постели не требуется, а руку кладут на боковой столик, покрытый стерильными салфетками, рану под двумя слоями стерильной марли орошают 0,1% раствором 'Марганцовокислого калия. Таким образом, в зависимости от течения процесса раку держат открытой, орошая ее раствором 'Марганцовокислого калия, 4—5—6 дней. Если рана покрывается гнойным отделяемым, то иногда ее промывают перекисью водорода. С улучшением состояния и падением температуры на рану накладывают асептическую повязку с гипертоническим раствором или мазью Вишневского. В первые дни несколько раз раненому переливают кровь. Доза — 250—500 см[1] — зависит от общего состояния раненого. Переливание производится капельным способом и способом массивных доз. Внутривенно или внутримышечно вводится антигангренозная сыворотка (100000 АЕ ежедневно). Кроме того, подкожно или внутривенно вводят большое количество физиологического раствора с белым стрептоцидом.

Мы отказались от повязки при газовой инфекции, так как, пропитываясь раневым отделяемым, повязка препятствует доступу атмосферного воздуха, создавая тем самым благоприятные условия для роста анаэробной инфекции. .

Способ открытого метода лечения газовой инфекции имеет ряд преимуществ: имеется постоянный доступ атмосферного воздуха в рану, вследствие чего отток раневого отделяемого свободен; глубокие слои раны все время подвергаются окислению; возможно наблюдать за состоянием раны; нет необходимости в частых перевязках, что создает для раны длительный покой.

Соблюдая указанные правила, нам удалось из 30 больных газовой инфекцией спасти 27 человек; ампутации сделаны двум больным.

Приводим краткие выдержки из историй болезни.

1. Красноармеец К- ранен 4.В 1.1945 г. в 1 час 30 минут, взят на операционный стол в 8 часов 20 минут того же числа. Окончательный диагноз: сквозное осколочное ранение средней трети левого предплечья с раздроблением костей; кровопотеря. Под хлорэтнловым наркозом произведено иссечение краев ран. Удалены нежизнеспособные ткани, свободно лежащие костные осколки: кровоточащие сосуды перевязаны. Повязка с гипертоническим раствором. Шина. Перелито 500 см' крови.

На другой день температура 38'-', кровяное давление 100/70 мм. Общее состояние тяжелое, ночь спал плохо, беспокоила рана. Язык сухой, слегка обложен. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Из раны выделяется кровянистая жидкость без запаха, мышцы темного цвета, сухие, не кровоточат. На коже- ладонной поверхности на расстоянии 0,5 см и 1 см от краев ран имеется несколько пятен сине-багрового цвета, размерами к 1 Х 4 см — 2 Х 3 ом с неярко очерченным контуром. При надавливании на края раны выделяются пузырьки газа. Установлено наличие газовой инфекции. После дополнительной хирургической обработки перелито 250 с.м' крови, введена анти гангренозна я сыворотка (100000 ЛЕ), после чего начато лечение открытым способом.

6.1П температура 37,2°. Кровяное давление 110/75 мм. Общее состояние раненого сравнительно лучше. Ночь провел спокойно. Рана не беспокоила. Язык влажный, не обложен. Пульс 116 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения.

8.111 температура 37,2°. Общее состояние удовлетворительное. Сон и аппетит нормальные. Раны не беспокоят, -имеется небольшое количество гнойного отделяемого с резким запахом. Мышцы бледно розового цвета, кровоточат. Рана промыта перекисью водорода. Перелито 250 см' крови.

10.III общее состояние удовлетворительное. Из раны выделяется небольшое количество гноя. Мышцы розового цвета, кровоточат. Наложена повязка с гипертоническим раствором, шина.

23.111 раненый отправлен в госпиталь п хорошем состоянии.

2. Красноармеец С. ранен 18.111.1945 г. Взят на операционный стол в 6 часов 50 минут. Диагноз: сквозное рвано-осколочное ранение верхней трети левого бедра без повреждения кости. Под хлорэтнловым наркозом произведено иссечение краев ран и раневых отверстий. Удалены нежизнеспособные ткани, поврежденные сосуды перевязаны. Повязка с раствором марганцовокислого калия. Шина.

19.Ш температура 38,8°. Общее состояние тяжелое. Раненый беспокоен, ночь спал плохо. Кожа и видимые слизистые бледные, язык сухой, обложен, пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Повязка сильно промокла. Мышцы раны дряблые, вида вареного мяса. Местами на коже вокруг ран имеется несколько пятен сине-багрового цвета размерами ® 1,5Х1,5 см — 2Х2 см. Бедро отечно, ори надавливании на края раны из глубины появляются пузырьки газа. После установления газовой инфекции сделаны дополнительные разрезы, перелито 500 см' крови. Решено вести раны открытым способом. Раненый находился под марлевым каркасом, рана держалась открыто, под двумя слоями стерильной .марли и беспрерывно орошалась слабым раствором марганцовокислого калия.

21.111 температура 38°, Состояние значительно улучшилось. Ночью спал. Язык суховат, слегка обложен. Пульс частый, удовлетворительного наполнения.

23. ТП температура 37,5°. Общее состояние удовлетворительное. Ночь спал хорошо. Пульс 100 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Язык слегка суховат. Из раны выделяется небольшое количество гноя. Мышцы кровоточат, рана промыта перекисью водорода. Наложена повязка с гипертоническим раствором. Шина.

24.III температура 37,1°. Общее состояние хорошее. Язык влажный, аппетит удовлетворительный. Повязка промокла гноем.

5.IV раненый отправлен в хорошем состоянии в госпиталь.

3. Красноармеец С. рамен 6.1У.1945 г. в 24 часа. Поступил 7.1У в 9 часов 45 минут. Диагноз: сквозное рвано-осколочное ранение правого коле.тного сустава и нижней трети правого бедра с раздроблением костей и разрывом крупных сосудов а нервных стволов. Ранение осложнено газовой инфекцией. Произведена ампутация средней трети правого бедра.

7.1 V в 19 часов температура 37,5°. Общее состояние тяжелое. Пульс частый. Язык влажный. Перелито 250 см^3 крови, 250 см' жидкости Петрова.

ЮЛУ температура 38°. Общее состояние тяжелое. Ночь спал с перерывами. Кожные покровы и видимые слизистые бледйые. Язык сухой, пульс частый. Перелито 500 см' крови.

11.IV температура 39°. Общее состояние крайне тяжелое. Сон плохой, пульс частый, слабый. Культя чистая, кровоточит. В области крестца на неповрежденном участке имеется большое уплотнение си не-багрового цвета. Уплотнение охватывает верхние трети обеих ягодиц. Перк утор но-темпа ни чес кий звук, при пальпации — крепитация. Установлена газовая инфекция. Взят на операционный стол. Под хлорэтнловым наркозом сделаны большие разрезы: иссечены нежизнеспособные ткани. Далее лечение велось открытым способом. Перелито 500 см' крови.

Назначение: стрептоцид 6 раз л день по 1,0, антпгангренозная сыворотка (100 000 АЕ), камфора через 3 часа по 2,0, физиологический раствор под кожу (500 см' с 5% раствором глюкозы).

13.Л/ температура 37,8°. Состояние улучшилось. Пульс слабого наполнения. Сон плохой. Рана в области крестца покрыта гнойным налетом. Местами имеются некротические участки. Рана промыта перекисью водорода. Некротические участки удалены.

!4.1У температура 37.5°. Общее состояние лучше. Пульс удовлетворительного наполнения. Язык чистый, влажный. Рана покрыта гнойным налетом, кровоточит. Рана промыта перекисью водорода. Наложена повязка с гипертоническим раствором.

24. IV раненый отправлен в хорошем состоянии в госпиталь.

Как видно из указанных примеров, на 4—5-й день, иногда и позже, накладывалась повязка. В дальнейшем лечение велось закрытым способом.

Из всех указанных манипуляций, кроме радикальной хирургической помощи, основную роль, по нашему представлению, играет непрерывное орошение раствором марганцовокислого калия и непрерывный доступ атмосферного воздуха в глубину раны.

М. К. ДОЛГОПОЛ

1. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ГОСПИТАЛЯ ЧЕРЕПНОГО ПРОФИЛЯ

(Автореферат)[1]

Уход за раненными в череп представляет собой сложную задачу, требующую для своего разрешения осуществления ряда организационных и лечебных мероприятий. Это связано с тем, что разные группы раненных в череп настолько различаются по своему нервно-психическому и общему состоянию, что помещать всех этих раненых в одинаковые условия жизни и лечения нерационально. После травмы черепа значительная часть пострадавших с полным правом может (хотя бы временно) рассматриваться как «психиатрический контингент»; естественно, что совершенно недопустимо концентрировать в одном большом помещении с нарами вагонного типа по 50—150 психически неустойчивых раненых, пребывающих в состоянии от легкой депрессии или эйфории до бессознательного или возбужденного; а все это автору приходилось наблюдать в некоторых госпиталях, даже располагавших возможностями лучшего размещения раненных в череп.

В специализированном госпитале черепного профиля должно быть развернуто несколько палат с неодинаковым количеством коек (от 3—4 до 20—25) и в *них* раненые различных групп должны концентрироваться по принципу сходства их клинического состояния и требующегося ухода. При помещении этих раненых в палаты и особенно при переводе их из одной палаты в другую (вследствие изменения их состояния) нужно придерживаться точного соблюдения ряда формальностей передачи раненого от одного палатного врача и палатной сестры другим; при несоблюдении этого правила легко «теряются» раненые, находящиеся в бессознательном состоянии или в эйфории, что нередко серьезно отражается на учете этих раненых и проведении лечебных мероприятий.

По клиническому состоянию ориентировочно можно наметить следующие группы раненных в череп: [1*3]

[1] Подробный рукописный текст находится на хранении в рукописных отделах Военно-медицинского музея Вооруженных сил СССР, а также Государственной центральной медицинской библиотеки Министерства здравоохранения СССР.

а) Ходячие р а н е н ы е, но не те, кто по собственной инициативе, вопреки запрещению, нарушает предписанный им постельный режим, а те; кому хождение разрешено лечащим врачом. По особенностям психики (эмоциональная лабильность, склонность к «взрывным» реакциям и пр.) они несколько напоминают больных, выздоравливающих после нетяжелых психогенных реакций. Они нуждаются в режиме, подобном установленному в психоневрологических санаториях закрытого типа, который существенно отличается от режима ГЛР, куда нх помещать совершенно не рационально.

б) Легкие лежачие раненые характеризуются той же эмоциональной лабильностью, что и ходячие, но еще большей истощаемостью нервной системы. Ходячие раненые их беспокоят, а тяжелые лежачие действуют на них угнетающим образом.

Раненых обеих этих категорий желательно размещать в палатах на 12—15—20 коек. Учитывая то, что такие раненые хорошо переносят железнодорожный транспорт при сколько-нибудь удовлетворительных условиях, желательно возможно раньше эвакуировать их в армейские и фронтовые эвакогоспитали черепного профиля, где для них могут быть созданы соответствующие условия ухода.

в) Тяжелые лежачие раненые, находящиеся в сознании и опрятные. К этой группе может быть отнесено большинство раненых с выраженными контузионными явлениями, с умеренными деструкциями мозгового вещества (при проникающих ранениях черепа), а также раненые с нетяжелыми менингитами и менинго-энцефалитами травматического происхождения. Все они требуют такого же тщательного ухода, как тяжелые больные и раненые других категорий (пневмоники, септические, тифозные и т. п.) с добавлением тех деталей ухода, которые связаны с особенностями психики и поведения раненных в череп. При плохом уходе у них легко развиваются пролежни, легочные и прочие осложнения, а надлежащий уход может спасти их жизнь, не говоря уже о предотвращении упомянутых осложнений. Такие раненые очень чувствительны к шуму, тесноте, духоте в помещении и прочим неудобствам. Желательно держать их в небольших палатах по 5—8 человек и даже подбирать в каждую палату тех раненых, которые меньше всего стесняют друг друга. Обычно они и до операции лишь относительно транспортабельны, поэтому большую часть их приходится концентрировать для лечения в специализированных ППГ.

г) Самые тяжелые раненые (агонизирующие, бессознательные, возбужденные, неопрятные и т. п.). Это либо те раненые, которые еще не вышли из тяжелого (нередко так называемого хаотического) состояния, наблюдающегося вслед за тяжелой травмой головного мозга, либо те, которые после временного улучшения состояния снова тяжелеют в связи с развитием у них серьезных осложнений. Все эти раненые стесняют других, угнетают их психически, раздражают производимым ими шумом или исходящим от них запахом выделений, пугают своими бредовыми высказываниями и нередко агрессивностью. Помимо тщательного ухода, они требуют еще непрерывного присмотра, так как легко могут причинять вред и себе, и другим. Для этих раненых желательно иметь небольшие палаты на 3—6 коек. А так как в сортировочно-осадочных госпиталях передового района (обычно выделенных из числа ППГ первой линии) количество этих раненых может достигать 15—20% по отношению ко всем стационированным раненным в череп, для них приходится выделять несколько так называемых изоляторов, т. е, небольших комнат или палаток. Обычно в те же изоляторы помещают и тяжело раненых с повреждениями спинного мозга.

Для ухода за раненными в череп необходимы специально обученные сестры в количестве, достаточном для того, чтобы можно было

установить круглосуточное дежурство без права спать; учитывая трудность ухода за этими ранеными в госпиталях черепного профиля, желательно не допускать бессменные суточные дежурства сестер, которые были так распространены в госпиталях других профилей. Кроме опытных сестер, санитаров-носильщиков и «подавальщиков» из числа реконвалесцентов, на дежурстве всегда должен быть хотя бы одни обученный санитар, знакомый с особенностями ухода за этими ранеными.

Опыт продолжительной работы в качестве начальника нейрохирургической группы или нейрохирургического отделения на нескольких фронтах Отечественной войны в самой разнообразной обстановке убедил автора в преимуществах создания двух и даже трех эшелонов пря обслуживании потока раненных в череп в период крупной боевой операции. В госпиталях войскового района при этом оставляют лишь наиболее тяжелых, явно нетранспортабельных раненых; всех же транспортабельных по возможности скорее доставляют в специализированные госпитали армейского тыла, а часть их — иногда даже в выдвинутые вперед фронтовые госпитали. Благодаря этому с первых же дней боевой операции к обслуживанию всего потока раненных в череп привлекается весь коечный фонд и персонал всех специализированных госпиталей армии и передовых баз фронта; при этом каждый эшелон госпиталей получает четкое задание, исходя из которого строит всю свою работу, получает кадры специалистов (из групп усиления) и специальное оснащение (рентгеновская установка, подвижная лаборатория и пр.).

Функции каждого эшелона в общих чертах таковы:

1. Передовые (сортировочно-осадочные) специализированные госпитали (обычно по одному ППГ в каждой выдвинутой вперед группе этих госпиталей) осаждают у себя самых тяжелых, нетранспортабельных черепных раненых, из числа которых даже далеко не всех можно оперировать. Лечебная задача такого госпиталя — борьба за жизнь этих раненых и по возможности подготовка их к оперативному лечению в первые дни после ранения, а затем—послеоперационный уход. Помимо этого, тот же госпиталь производит сортировку транспортабельных раненых, намечая, кто из них действительна нуждается в лечении в специализированном госпитале, каким транспортом и в какие именно госпитали (второго или же сразу третьего эшелона) они должны быть направлены. В процессе такой сортировка должны проводиться и некоторые предварительные лечебные мероприятия.

2. Специализированные полевые госпитали армейского района (обычно по одному специализированному госпиталю в каждой группе ППГ второй линии) проводят обследование и лечение тех раненных в череп, которые по своему состоянию и срокам с момента ранения не могут быть эвакуированы в более отдаленные специализированные госпитали. Обычно это тяжелые и «средней тяжести» раненые с проникающими ранениями. Помимо этого, те же госпитали ведут наблюдение за качеством сортировки раненых в передовых госпиталях. Задачи специализированных госпиталей являются наиболее сложными, поэтому в них должны быть сконцентрированы наиболее квалифицированные специалисты и основные средства оснащения (оборудование, медикаменты и пр.).

3. Специализированные . эвакогоспитали (армейские или из передовой базы фронта) в начале боевой операции в основном принимают более легких (транспортабельных) раненных в череп, а в дальнейшем — еще и тех из числа оперированных в войсковом и армейском районах, которые уже могут быть эвакуированы в тыл. Таким образом, для легко раненых эти госпитали являются заключитель-

яым этапом для лечения, а для тяжело раненых— промежуточным этапом эвакуации. Конечно, отяжелевших в пути раненых они задерживают у себя, а в тыл отправляют только безусловно транспортабельных и требующих длительного лечения.

При продвижении войск вперед полевые госпитали могут совершать перекаты друг через друга с переменой выполняемых ими ролей (этому способствует передача из одного полевого госпиталя в другой средств усиления). Эвакогоспитали периодически «накатываются» на специализированные госпитали армейского района, принимая от них нетранспортабельных раненых и этим самым давая им возможность вередвинуться вперед без раненых.

В статье уделяется внимание различным деталям лечения (питание, медикаментозное лечение) н ухода за раненными в череп, с критической оценкой ряда применяемых мероприятий.

2. О РАСПОЗНАВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНОЙ ТРАВМЫ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЭВАКУАЦИИ

(Автореферат)[1]

Принципиально правильное деление раненных в череп на «легких» и «тяжелых» часто производится по весьма ненадежному признаку: «легкими» считаются ходячие раненые, не имеющие явных признаков повреждения мозгового вещества (параличи, выпячивание мозга, истечение спинномозговой жидкости или мозгового детрита) или же костей черепа (отхождение из раны костных осколков и тому подобные симптомы), а «тяжелыми» — те, кто по объективней тяжести состояния или даже только лишь по субъективным ощущениям не может ходить. Между тем у лиц, подвергшихся травме черепа, способность критики часто бывает настолько снижена, что полагаться на их высказывания о самочувствии не следует.

На любом этапе эвакуации нужно:

I) правильно оценить тяжесть повреждения черепа с точки зрения: а) эвакуационной сортировки — транспортабельность, показания к оперативному лечению, преобладание по тяжести травмы черепа или же остальных сопутствующих повреждений; б) экспертизы бое- и трудоспособности как в свежих, так и в более поздних случаях;

2) своевременно начать применение соответствующего лечения — по возможности еще на ранних этапах эвакуации (МСБ, неспециализированные ГШГ)[12] и доканчивать в специализированных госпиталях.

Практическая, ценность правильного разделения всего потока раненных в череп на действительно легких (т. е. допускающих перевозку на более отдаленные этапы эвакуации) и действительно тяжелых (т. е. требующих оказания специализированной помощи на возможно более раннем этапе эвакуации) определяется теми организационными выводами, которые были сделаны из этого меро-

[1] Подробный рукописный текст имеется на хранении в рукописных отделах Военно-медицикского музея Вооруженных енл СССР и Государственной центральной медицинской библиотеки Министерства здравоохранения СССР.

[2] См. об этом мою статью «О сортировке и предварительных лечебных мероприятиях при ранениях черепа на ранних этапах эвакуации» ь сборнике «Труды эвакогоспиталей фронтового МЭП 99», № !—2, Военно-санитарное управление 3-го Прибалтийского фронта, 1944.

приятия на некоторых фронтах: создание двух или даже трех «эшелонов» госпиталей, из которых каждый имеет свои задачи и сообразно с этим строит всю свою работу.

Для того чтобы сортировка получивших травму черепа была полноценной, нужно уже на ранних этапах эвакуации проводить целый комплекс доступных этим этапам диагностических мероприятий.

I. На ранних (неспециализированных) этапах (МСБ, ППГ первой линии) нужно выяснять, была ли у раненого потеря сознания, тошнота, рвота, а также выявлять явно бросающиеся в глаза патологические неврологические симптомы (анизо кори я, замедление и напряжение пульса, спутанность сознания, возбуждение, парезы-параличи, менингеальные симптомы). Все заслуживающее внимания должно быть четко вписано в эвакуационные документы (карточку передового района или историю болезни), так как -многие из указанных имеющих большую диагностическую ценность симптомов нередко быстро исчезают, возникают или изменяются — все это прежде, чем пострадавший прибудет на следующий этап эвакуации.

Уже на этих ранних этапах эвакуации с успехом может применяться рассечение раны черепа до кости и ревизия ее ад осц1оз: в определенных случаях это позволяет с уверенностью исключить повреждение костей черепа (главным образом костей свода) и тут же произвести иссечение и зашивание раны одних лишь мягких тканей; в других же случаях это (нередко против ожидания, но с несомненностью) выявляет наличие вдавленного или даже дырчатого перелома костей, требующего применения трепанации черепа на ближайшем этапе, где может быть оказана специализированная помощь. В сомнительных случаях (изменение цвета кости, поверхностная ее узура, подозрение на косой ход раны в толще мышц) лучше заподозрить повреждения кости **и** оставить рану открытой, всыпав в нее какой-нибудь сульфамидный препарат, чем зашить рану, не обработав кость, которая, быть может, была повреждена; конечно, в этих случаях необходимо возможно раньше производить рентгеновское исследование (в специализированном госпитале) .

2. В специализированных госпиталях диагноз уточняется путем детального неврологического и рентгеновского исследования, которые дополняются данными ревизии раны. Нередко лишь сочетание всех трех методов исследования (неврологического, рентгеновского и хирургического) позволяет правильно разобраться в патологи» данного случая повреждения черепа. При этом в период большого потока раненых и при наличии близко расположенных эвакогоспиталей (армейских или фронтовых) иногда применялся следующий вариант работы:

а. Специализированные ППГ второй линии: 1) задерживали у себя для лечения всех фактически «нелегких» раненных **в** череп;

2) направляли в госпитали другого профиля тех раненых, у которых повреждение черепа не требовало пребывания в специализированном госпитале черепного профиля, но у которых имелись другие повреждения, требовавшие соответствующего лечения;

3) транспортабельных, относительно легких раненных в череп (уже получивших окончательную обработку раны мягких тканей или же нуждающихся в несрочной хирургической операции) без задержки эвакуировали на следующий этап эвакуации — в эвакогоспитали. При хорошо налаженном транспорте (особенно воздушном) в число эвакуируемых, таким образом, включались и те раненые со свежими вдавленными‘переломами костей свода черепа, у которых отсутствовали внушающие беспокойство неврологические расстройства или же признаки начинающейся инфекции мозга и его оболочек, конечно, лишь

при локализации перелома вдали от сосудов, которые могут дать сильное кровотечение Ч

б. Специализированные эвакогоспитали (армейской **или** фронтовой базы): 1) проводили лечение всех раненых, прибывавших в качестве легких и нуждавшихся в пребывании в специализированном (нейрохирургическом) отделении;

2) передавали под наблюдением невропатолога (обычно не в нейрохирургическом отделении) всех имевших легкие неврологические расстройства при отсутствии у них повреждений костей черепа (проверять рентгеновским исследованием в сочетании с данными ревизии раны **ас!** оси1ов!);

3) проводили наблюдение за транспортабельностью тяжело раненых в череп, уже оперированных на более ранних этапах, осаждая **у** себя отяжелевших .в пути.

В оригинале статьи приводится анализ ряда случаев легких повреждений черепа, в которых, вследствие неполноты исследования (обычно «епрнменения рентгеновского или хирургического метода исследования), допускались ошибки и в лечебной тактике, приводившие **к** удлинению сроков лечения или к более тяжелым последствиям. Следует считаться и с тем фактом, что в некотором проценте случаев инфекционные осложнения (остеомиэлит костей свода, экстрадуральный или кортикальный абсцесс) могут медленно развиваться **у** тех раненых, у которых ни рентгеновское исследование, ни ревизия кости не обнаруживают ее повреждения или же обнаруживают лишь едва заметную трещину или узуру кости. Вместе с тем излишнее расширение показаний к трепанированию кости у этих раненых («пробная трепанация») себя тоже не оправдывает. Повидимому, наилучший выход из положения состоит в том, что всех легко раненых, внушающих опасения в смысле возможности развития у них инфекционных поражений костей черепа, мозга или его оболочек, следует некоторое время оставлять под наблюдением (в ГЛР или батальоне выздоравливающих), не выписывая их из специализированного госпиталя прямо **в** часть.

Немалое значение при лечении легких повреждений черапа имеет **также** психотерапия. Одни раненые (преимущественно при повреждении лобного отдела черепа) недооценивают тяжесть своего состояния— «х нужно уметь удержать от излишней и вредной для них активности. Другие очень пугаются таких симптомов, как неожиданное головокру**жение, а** особенно падение; нужно уметь успокоить их и объяснить, что эти явления при соблюдении назначенного режима пройдут через несколько дней. При игнорировании этих психотерапевтических мероприя**тий** одни могут, не осознавая фактической тяжести своего состояния, подвергнуться повторным повреждениям, а другие — переоценить тяжесть быстропреходящих симптомов и фиксировать на них свое внимание, что надолго затягивает их выздоровление.

* Вее это было проверено опытом ряда боевых операций на двух фронтах. Факты **в** конце концов победили скептицизм автора, который встретил эту систему работы « предубеждением.

А. В. СНЕЖНЕВСКИЙ

ОПЫТ РАБОТЫ ФРОНТОВОГО НЕВРОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ГОСПИТАЛЯ В ВЕЛИКУЮ ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ВОЙНУ

1

Если в первые месяцы Великой отечественной войны психиатрическая помощь в действующих частях ограничивалась эвакуацией заболевших из армейского и фронтового районов, то в последующем потребовалась организация специализированных психиатрических госпиталей. Вслед за созданием невропсихиатрических отделений в ГБА был издан приказ об организации фронтовых невропсихиатрических госпиталей.

Одним из первых был развернут невропсихиатрический госпиталь в составе лечебных учреждений санитарного управления М-ского фронта (начальник — генерал-майор мед. службы М. А. Шамашкин, психиатр фронта — подполковник мед. службы Я- Э. Езерский).

На невропсихиатрический госпиталь возлагалось оказание в районе, фронта стационарной психиатрической помощи, проведение стационарной военной и судебной психиатрической экспертизы и стационарное лечение нервнобольных (страдающих заболеванием периферической и центральной нервной системы). Как показал в дальнейшем опыт, основной контингент лечившихся в госпитале составили пострадавшие от боевой травмы—воздушной контузии мозга (69% всего количества больных, лечившихся в госпитале, за исключением неврологических больных). Во время активных боевых действий количество поступавших по поводу воздушной контузии увеличивалось примерно в четыре раза по сравнению с периодом затишья. Все это и определило особенности работы госпиталя.

Соответственно основной задаче — оказание невропсихиатрической ■помощи войскам фронта и в первую очередь пораженным в боях — определялись дислокация госпиталя и его структура.

Во время длительного затишья боевых действий, когда госпиталь обслуживал преимущественно больных при линейном расположении всех эшелонов на одной железнодорожной линии эвакуации, он располагался в последнем эшелоне госпитальной базы фронта (ГБФ). Всех нуждающихся в стационарном лечении больных, как непосредственно из армий, так и госпиталей фронта, эвакуировали по назначению в невропсихиатрический госпиталь, а при необходимости длительного лечения — в тыл, на опепа'тивные койки в психиатрические больницы.

Во время наступления и продвижения госпитальной базы вперед вслед за войсками для бесперебойного обеспечения невропсихиатрической помощью войск фронта госпиталь. выделял головное отделение. Последнее (в составе примерно одной трети персонала) выбрасывалось вперед. При необходимости почти постоянного продвижения вперед перемещение происходило «перекатом». В период напряженных боев, связанных с прорывом долговременных неприятельских укреплений и, следовательно, с большим количеством пораженных взрывной волной, госпиталь размещался в головном эшелоне ГБФ и принимал контуженных непосредственно из армий. Для обеспечения невропсихиатрической помощью госпиталей других эшелонов отделение госпиталя работало как параллельное. Некоторое время работало не одно, а два отделения госпиталя, на очень короткое время пришлось выделить даже три отделения. Во всех случаях отделения действовали как самостоятельные учреждения, т. е. производили все виды исследований, применяли все

методы лечения, эвакуировали больных, проводили экспертизу (за исключением психиатрической, которая всегда осуществлялась основной частью госпиталя).

Для обеспечения выбрасываемого отделения аптекой, кухней, лабораториями, рентгеновской установкой и т. п. его всегда включали в качестве автономного отделения в состав какого-либо хорошо оборудованного госпиталя другого профиля. Система отделений позволяла при всех обстоятельствах обеспечивать невропсихиатрической помощью весь район фронта. В зависимости от дислокации лечебной сети фронта и количества поступавших, каждый раз изменялось не только количество отделений, но и размеры каждого из них. В отдельных случаях они включали до половины всего персонала госпиталя, в другое же время уменьшались до десятой его части. Но единство руководства, клинических взглядов, методов исследования и терапии всегда сохранялось. По существу головные отделения представляли собой своеобразные группы психиатрической ОРМУ (отдельной роты медицинского усиления).

Структура госпиталя, как и его дислокация, обусловливалась оперативной обстановкой, существовавшей в данный момент на фронте, и характером боев. Профиль и размер отделений госпиталя всегда зависели от характера и количества поступавших. В период активных боевых действий почти все отделения госпиталя становились контузионными, в то время как в период затишья большинство отделений было узко специализированным, так как в госпитале оставались для долечивания тяжело больные после воздушной травмы с резкими аффективными расстройствами, пароксизмами двигательных припадков и расстройства сознания. Внутренние отделения госпиталя распределялись следующим образом: первое — закрытое психиатрическое, второе — неврологическое, третье — офицерское (для пограничных форм; кроме того, офицерские палаты имелись в первом и втором отделении), четвертое— военно-экспертное, все остальные — контузионные.

Наряду с характером боевых операций, состав больных в госпитале определялся качеством работы тыловых лечебных учреждений и призывных комиссий. Неправильно признанные годными к военной службе после лечения в госпиталях глубокого тыла или при мобилизации,— если в действующих или запасных частях фронта обнаруживалась их фактическая непригодность к службе, — неизбежно оказывались на исследовании или долечивании во фронтовом невро-психиатрическом госпитале.

Таким образом, госпиталь выполнял функции своеобразного невропсихиатрического кордона.

Поступление заведомо негодных к военной службе неизбежно снижало процент возвращенных в строй, т. е. эффективность работы госпиталя.

II

Состав лечившихся в госпитале больных по отдельным формам заболеваний характеризовался следующими данными (табл. 1 и 2).

Как уже говорилось выше, основную часть больных, лечившихся в госпитале, составляли пораженные взрывной волной. Каждый раз после беев, связанных с преодолением долговременной обороны неприятеля, насыщенной артиллерией, резко повышалось количества поступавших контуженных. В боевые периоды процент лечившихся по поводу контузии достигал 80 и более и, наоборот, во время затишья или маневренных боев падал до 22.

У этой категории пострадавших травма головного мозга была обусловлена давлением воздуха при взрыве снаряда или авиабомбы. Судя по данным исследования в госпитале и по врачебным записям

в карточках передового района, пи в одном случае контузии ни на голове, ни на другой части тела пострадавшего не было обнаружено следов ушибов или других видимых повреждений (припухлости, отека, кровоизлияния, ссадин и т. п.), Клиническая картина во всех случаях была однотипной; в начальном периоде отмечалась кратковременная потеря сознания в момент травмы, отсутствие реакций экзогенного ти-

Таблица 1

Психиатрический раздел

Данные о составе больных английского госпиталя по Хендерсону и Моору за 1944 г.[1] (в •/<)	Находилось на лечении в госпитале (в %)	Наименование заболевания	числа всех лечившихся - возвращено в часть	эвакуировано	уволено из армии	умерло
			в %			
	69	Воздушная травма головного мозга (контузионно-коммоционные случая)	48	23	29	0,05
69«	2	Реактивные состояния	45	39	16	—
7	9	Психопатии	47	11	42	—
_ э	I	Олигофрении.....	22	41	37	—
4	8,5	Эпилепсии	15	9	76	—
6	₽,5	Шизофрения.....		78	22	—
Б	0,2	Маниакально-депрессивный психоз	6	64	30	—
_.з	1,1	Психические расстройства в связи с авитаминозом	32	44	24	—
__ я	2	Экзогенные (соматогенные) психозы	24	42	29	5
— 8	1,1	Органические психозы	15	51	34	
9	0,35	Прочие психические заболевания .				
	0,25	Открытые травмы черепа				

Таблица 2

Неврологический раздел

Наименование болезни	Находилось на лечении (данные в %)	Из числа всех лечившихся			
		возвращено в часть	эвакуировано	уволено из армии	умерло
		в %			
Ишиас, поясничаокрестцовый радикулит, люмбаго . Другие заболевания центральной и периферической нервной системы	94	63	25	12	

па, в последующем течении — состояние депонтамности с обильными вегетативными, вестибулярными расстройствами и часто сурдомутизмом; во втором периоде — аффективные расстройства, нередко сопровождающиеся заиканием, двигательными припадками или пароксизма- [1 * * 4]

[1] Приведены для сопоставлен ня.

- Реактивные состояния Хендерсон и Моор подразделяют на невроз страха (49°/<) и истерию (20о/$_{о}$).

я Названные формы авторы не выделяют, включая их в группу прочих психических заболеваний.

ми сумеречного расстройства сознания. Наконец, в некоторых случаях наблюдалось снижение «уровня личности» или (очень редко) вторичные ее изменения по органическому типу.

Кроме свежих случаев воздушной контузии, в госпиталь посылали для долечивания и повторной экспертизы больных, страдавших последствиями контузии, направленных в части после лечения в тыловых госпиталях или после отпуска по болезни. Они составляли примерно пятую часть числа всех поступавших в госпиталь по поводу контузии. В большинстве случаев у этих больных были рецидивы, обострения аффективных или астенических расстройств. Нередко поводом к по вторному направлению служило появление двигательных припадков, заикания или приступов расстройства сознания. Причиной подобных явлений во всех случаях была слабость достигнутой компенсации. Первый бой, длительный переход, опасная ситуация^ а иногда и обычная военная нагрузка оказывались непосильными для этой группы контуженных. Недостаток наших знаний клиники воздушной контузии и несовершенство диагностики функциональной приспособляемости обычно являлись причиной ошибочного направления этих больных в воинские части. В ряде случаев основным критерием выздоровления считалось лишь исчезновение сурдомутизма или уменьшение вегетативных расстройств.

Общим же изменениям психики в виде астенических или аффективных расстройств обычно не придавалось должного значения.

Большинство из этой группы контуженных пришлось уволить в запас с назначением переосвидетельствования через 6 месяцев. Из числа бальных с воздушной контузией (свежие случаи) возвращено в часть свыше 60Р/». Однако и в госпиталях были случаи неправильного Ни правления в части после воздушной контузии недолеченных или вовсе негодных к военной службе лиц и последующего возвращения их на лечение в связи с ухудшением состояния. Прогноз в смысле определения степени приспособляемости к войсковым условиям выписываемого относился к числу самых трудных клинических задач.

Количество эвакуированных составляло примерно одну четверть всех лечившихся по поводу воздушной травмы мозга. Часто показанием к эвакуации являлась необходимость быстрого свертывания госпиталя для продвижения вперед. При таком положении в тыл эвакуировались все пострадавшие, вне зависимости от сроков лечения, тяжести и прогноза. Но в нормальных условиях в тыл эвакуировали пострадавших со сроком лечения, превышающим Р/г—2 месяца.

Количество уволенных из армии с последующим освидетельствованием через 6 месяцев среди пострадавших от воздушной контузии (свежие случаи) равнялось &%. Как правило, увольнение происходило только после длительного лечения и установления явно неблагоприятного прогноза.

Кратковременные (месячные) отпуска в таких случаях оказались бесполезными.

Смертность была ничтожной. Во всех без исключения случаях при чиной смерти была не контузия, а интеркуррентные заболевания и другие причины, не связанные с воздушной травмой.

Больных с реактивными состояниями (неврозами) было 2<*/о. Ни чтожно было число больных с так называемыми военными неврозами Это явление в нашей армии отмечали многие, в частности, и зарубежная печать (Пенфилд). По сравнению с данными английского военного госпиталя (по Хендерсону и Моору) больных с реактивными состояниями у англичан было в 35 .раз больше, чем у нас. Следует, однако, думать, что эта разница значительно преувеличена. Она прежде всего зависела от иной точки зрения на природу и клинику контузии и военных неврозов. Хендерсон и Моор, описывая наблюдавшиеся ими слу-

чаи военных неврозов, указывают, что в 30% возникновению истери» предшествовала травма черепа, во многих случаях «испуг» от разрыва бомбы или снаряда сопровождался потерей сознания, у некоторых взрывная волна вызывала органическое повреждение головного мозга. Многие из подобных больных после контузии отмечали у себя изменения характера и т. д.

Из форм реактивных состояний чаще всего наблюдались психогенный ступор, псевдодеменция и ипохондрические состояния, крайне редко — реактивная депрессия. Наряду с реактивным состоянием, довольно часто у больных отмечались явления физического истощения, переутомления, различные соматические заболевания. Невроз страха и конверсионная истерия вовсе не наблюдались. Если в период отхода наших войск случаи острых параноидов отмечались исключительно редко, то в дальнейшем, во время активной обороны и наступления наших войск, таких форм не было вовсе.

Страдающих психопатией чаще всего направляли для определения степени годности к военной службе. Обычно это были больные в состояния психопатии (ипохондрические и астенические реакции), в ряде случаев возникшей вслед за незначительной по тяжести воздушней контузией. Нередко среди этой группы наблюдались психопаты типа «возбудимых». Количество уволенных с явлениями психопатии из армии и использованных в тылу на физической работе было довольно велико.

Число больных, включенных в первые три рубрики заболеваний табл. 1 и возвращенных после лечения в части, было почти одинаково по каждой из рубрик. Это, повидимому, не случайно и объясняется, воз-, можно, тем, что все три формы болезни были близкими по своим пато-' физиологическим механизмам.

Близость воздушной контузии[1] к реактивным состояниям и психопатиям постоянно сказывалась в проявлениях (не причинах) этого страдания. Общие изменения личности с преобладанием аффективных расстройств и наличием постоянной готовности к реактивным образованиям клинически сближали контузионные состояния с реактивным» страданиями и психопатиями. Понятия «психопатизация», «псевдопсихопатия», «органическая психопатия» приняты в психиатрии. Они охватывают случаи с изменением главным образом характера, темперамента, аффектов, влечений, активности, наступающими в результате ряда органических процессов и иногда шизофрении. Одинаковая степень глубины, а также в известной мере и структура психического изъяна определяла и схожесть их социальной оценки—степень годности к военной службе.

Группа экзогенных психозов и психических расстройств, развивавшихся в связи с авитаминозами и другими нарушениями питания, была незначительной. Это свидетельствовало о санитарном благополучии нашей армии. Симптоматические психозы чаще всего возникали у больных малярией, различными соматическими заболеваниями и значительно реже — при внечерепных ранениях. Довольно часто симптоматические психозы наблюдались у больных в случае присоединения к основному заболеванию другого страдания, например, к малярии — авитаминоза, к раневому процессу — случайного кишечного заболевания и т. д. В большинстве случаев экзогенные реакции были полиэтиологичны, но форма их была однообразной. Наиболее часто наблюдались тревожно-тоскливые, галлюцинаторно-параноидные и реже — аментивные картины с затяжным течением. На эту особенность военных психозов, в том числе и при внечерепных ранениях, указывал еще в 1871 г.

[1] Аштср имеет в виду несвежие случая контузии, при которых число возвращен**пых в** строй, по его данным, пресыщало 60%. Редакция,

Холли *. Вероятнее всего подобное своеобразие формы и течения симатоматических психозов определялось единством патогенетических условий.

В некоторых случаях симптоматический психоз начинался с сумеречного расстройства сознания, а затем принимал обычное для этих форм длительное течение.

Органические психозы наблюдались также у небольшой части лечившихся в госпитале. Главное место в этой группе занимали больные **е** психическими расстройствами, возникшими вследствие заболеваний сосудов головного мозга и на почве перенесенных энцефалитов. С прогрессивным параличом поступил только один больной, больные сифилисом мозга также были единичными.

Группа больных эпилепсией оказалась довольно многочисленной. Страдающие припадками на почве травмы головы в эту группу не включались, они относились в группы по основному заболеванию. Боль**ные** эпилепсией часто поступали повторно, и в отношении их требовалось решить вопрос — годны ли они к военной службе. Нередко у страдавших эпилепсией припадки в связи с пребыванием на фронте резко учащались. Наблюдения над страдающими судорожными припадками показали разнообразие картин судорожных состояний. Среди больных этой группы генуинные эпилептики составляли не больше одной трети, **у** остальных была симптоматическая эпилепсия с припадками неясной этиологии. В последней группе имелись больные с конституциональной .готовностью к судорожным реакциям.

Страдающие припадками истерического типа, а также аффект-эпилепсией (их было очень немного) относились в зависимости от генеза * группе больных с реактивными состояниями или психопатов. Соответствующим образом оценивалась и степень их годности к военной службе. Степень годности к военной службе как у эпилептиков, так и страдающих истерическими припадками нередко была одинаковой. Использовать на физической работе страдающих истерическими припаджами плохо удавалось.

Страдающие олигофренией обычно поступали для определения годяости к военной службе (олигофрения в степени дебильности); пятая часть всех поступавших была признана годной к нестроевой службе.

[1] Из форм эндогенных психозов первое место занимала шизофрения. Среди всех шизофреников примерно четвертую часть составляли хрож»ки. Остальные больные поступали по поводу острых приступов шизофрении. В большинстве случаев речь шла о первом эндогенно обусловленном приступе, который нередко начинался с аффективного сумеречяого расстройства сознания. Наиболее частыми формами шизофреник Фыли галлюцинаторно-параноидная и кататоническая. Больных, в отношении которых в какой-то мере можно, было говорить о травматической провокации шизофрении, оказалось только два. В одном случае речь мла -о повторном приступе шизофрении, в другом — об обострении шизофренического процесса.

Все больные с острой шизофренией были эвакуированы в психиатрические больницы. Хроников увольняли с военной службы и отправляли то месту жительства.

Больных с циркулярным психозом было в 25 раз меньше, чем в английском госпитале. Подобная разница объяснялась, повидимому, различием в понимании этого психоза, однако не за счет расширения группы шизофрении, так как количество больных этой группы в обоих госпиталях (нашем и английском) было почти одинаковым. Больных **с** легкими аффективными колебаниями после лечения возвращали **ж** часть. Остальных или эвакуировали для длительного лечения, или

* I о в Гу, АгсГВУ Г. РзусЬ. ипд Меяпег., М. 3, 8. 442. 1871.

вовсе увольняли из армии. Из фаз чаще всего наблюдалась депрессивная, маниакальные состояния были только у двух больных.

Наряду с больными, направленными для лечения, в госпиталь поступали больные и для повторной экспертизы. Число таких больныд превышало пятую часть всего количества поступавших в госпиталь К этой группе относились страдавшие эпилепсией, олигофренией, хронической шизофренией, психопатиями, некоторыми формами органических психозов и, наконец, перенесшие уже в эту войну воздушную контузию. Факт направления на повторную экспертизу следует объяснить недостаточно тщательным психиатрическим обследованием больных в ЕВК райвоенкоматов или ошибочными экстренными заключениям» тыловых лечебных учреждений. Последнее относилось главным обрэ зом к пострадавшим от воздушной контузии, к больным некоторым? формами психопатий, соматогенно обусловленных астеническим состоянием, и эпилептикам.

Наша психиатрия в отношении природы и патогенеза травм мозга, реактивных состояний и экзогенных психозов с самого начала войны стояла на правильной позиции и не допустила тех ошибок, которые со вершала английская и американская психиатрия. Однако наши клинические знания порой оказывались недостаточными. Как перед, так и в» время войны внимание большинства психиатров было в первую очередь направлено на изучение патогенеза, локализации, патофизиологии травм черепа и других экзогенных страданий и меньше всего — на углубленное изучение клиники указанных страданий, что неизбежно сказалось и на практической работе. В этом отношении, прав был П. Б. Ганнушкин, который еще в 1928 г. сетовал на падение интереса к клиническому изучению психических расстройств, «...когда сплошь и рядом и» у нас и, может быть, еще больше на Западе ла боратор но-экспери ментальные работы даже в клинических и больничных учреждениях отодвигают на второй план чисто клиническое исследование больного, конечно во вред последнему» *. ■

Состав неврологических больных был однообразным. Большую часта, составляли больные с заболеваниями пояснично-крестцовым радикулитом, ишиасом, люмбаго и т. п. (94%). У всех поступивших были рецидивы заболевания, впервые начавшегося до войны. Лишь некоторые связывали начало своего заболевания с перенесенной воздушной контузией.

Максимум поступлений падал на осенние и ранние весенние месяцы: летом и зимой эти больные поступали лишь во время сырой погоды. По количеству пораженных ишиас и родственные с ним формы представляли настоящее «военное» заболевание. Число этих больных достигало 42% к числу лечившихся по поводу воздушной контузии. Большинство после выздоровления было возвращено в часть. Остальные больные в группе неврологических имели самые разнообразные заболевания периферической и центральной нервной системы. Каких-либо особенностей в течении болезни, обусловленных военной обстановкой, у них не наблюдалось.

III

Методы и объем терапии, применявшейся в госпитале, ничем не отличались от обычных, принятых в психиатрических учреждениях, вплоть до лечения так называемыми активными методами (судорожная терапия). Последняя применялась почти исключительно при шизофрении, особенно при кататонической форме ее. Тяжелые кататониче-

[1] Предисловие к первому изданию учебника психиатрии М. О. Гуревича » **М.** Я- еврейского.

окне или депрессивные расстройства подчас делали больных нетранспортабельными — в таких случаях применение судорожной терапии становилось необходимым. Пострадавшие от воздушной контузии лечились преимущественно дегидратационной терапией. Наряду с этим широко применялось общеукрепляющее лечение, витаминизация, физиотерапия. Эфирным наркозом или вливанием спирта при сурдомутизме мы пользовались только в исключительных случаях. Постельный режим, дегидратаиионная терапия и все другие средства, улучшая общее состояние пострадавших, излечивали и сурдомутизм. Внимание лечащих врачей, как правило, не фиксировалось на этом симптоме, что, конечно, оказывало на больных свое психотерапевтическое воздействие.

Последнее базировалось не на применении специальных методов психотерапии, а на построении такого режима, который преследовал психотерапевтические цели в широком смысле этого слова. Уже одно то, что пострадавшие от контузии находили у врачей-психиатров понимание их болезненных ощущений и переживаний, имело большое психотерапевтическое значение. В противоположность врачам других специальностей, со свойственной им зачастую недооценкой значения психических расстройств, а иногда и недоверчивым отношением к больному, у психиатра с пострадавшим быстро устанавливался полный контакт, что немедленно снижало реактивно обусловленное аффективное напряжение. Понимание своего состояния больной находил и у остального персонала. Установлению постоянного контакта содействовали ежедневно проводимые, помимо исследования больного в кабинете, двукратные врачебные обходы больных в палатах, дополняемые беседами со всеми находящимися там больными. Подобные беседы касались самых разнообразных тем и играли, помимо культурно-воспитательной, прежде всего психотерапевтическую роль.

Лечебный режим в госпитале вместе с тем являлся и воинским порядком, поддерживать который должен был каждый. В палатах из больных назначался старшина. В то же время как воинская часть госпиталь имел большие возможности для устройства семейных и бытовых дел каждого больного, вручал не полученные в частях награды, в некоторых случаях сам представлял отличившихся в боях к наградам. Врач для больного был и лечащим врачом, и одновременно командиром — старшим товарищем, выполняющим, так же как и бальные, общее дело защиты родины. Мы несогласны с 'мнением американских психотерапевтов, что военный мундир и военное положение лечащего врача ухудшают психотерапевтический контакт с больным. В наших условиях, наоборот, это как раз сближало.

Большую работу выполняли пропагандисты, систематически проводившие политико-воспитательную работу, ежедневно знакомившие всех бальных с положением на фронте, с очередными задачами армии, с общими задачами всего государства.

Наряду с этим для больных устраивались киносеансы, спектакли, концерты, вечера самодеятельности и т. п. Из всех перечисленных психотерапевтических факторов самым важным было внутреннее сознание ответственности каждого перед родиной.

Трудовая терапия широко применялась главным образом среди выздоравливающих. Она выражалась различными хозяйственными работами.

При продвижении вперед госпиталю приходилось размещаться в самых разнообразных зданиях, вплоть до землянок. Нередко здания приходилось предварительно капитально ремонтировать или приспособлять, особенно помещения для закрытого психиатрического отделения. Рамы в окнах этого помещения делали с более частыми переплетами, топки печей выносили в коридоры, соответствующим образом устраивали электрическое освещение, оборудовали наблюдательные палаты

н санитарный узел. При расположении госпиталя в землянках группа землянок, составлявших первое (психиатрическое) отделение, обносилась высоким забором, который для маскировки и придания известного уюта обсаживали хвоей. Надо сказать, что расположение госпиталя о землянках возможно было только летом. В связи с тем, что поступление в госпиталь пострадавших от контузии происходило часто большими группами, при каждой новой дислокации приходилось устраивать большой приемный покой с соответствующим санитарным пропускником. Освещение госпиталя было всегда электрическое: ток давала своя электростанция. Двигатель был смонтирован на специальной разборной опоре, что устраняло необходимость постройки специального фундамента и позволяло быстро установить его в любом месте, даже на земле (если госпиталь располагался в землянках). Электростанция, кроме освещения, снабжала током рентгеновский и электролечебный кабинеты, кино и радиоустановку.

В связи с тем, что штат обычного эвакогоспиталя был совершенно недостаточен для обслуживания психических больных, эвакуации их в глубокий тыл, работы в условиях, постоянно требовавших выделения двух, а то и трех филиалов, штат невро-психиатрического госпиталя был сформирован по штатам сортировочно-эвакуационного госпиталя (СЭГ). Это позволило иметь значительно больше врачей, сестер и военнослужащих санитаров. Врачебный персонал в большинстве был укомплектован из психиатров, имевших достаточную квалификацию. Кроме психиатров, в госпитале работало несколько невропатологов, ото-ларинголог, врач-лаборант и зубной врач. Терапевт, хирург, окулист, рентгенолог обслуживали госпиталь в порядке регулярно проводимой консультации.

Большая часть среднего медицинского персонала не имела в прошлом психиатрического опыта и в госпитале специализировалась уже в процессе работы. Обучение осуществлялось непосредственно у постели больного путем специально организованных занятий и сестринских конференций с разбором историй болезни.

Младший персонал обучался как в процессе работы, так и путем специально проводимых занятий по уходу за психическими и нервными больными.

Страдающих психозами, а также пострадавших от воздушной контузии, при наличии у них тяжелых аффективных расстройств, пароксизмов нарушения сознания, двигательных припадков госпиталь эвакуировал по железной дороге, в обычных вагонах, на оперативные койки в психиатрические больницы тыла. Эвакуируемых отправляли в сопровождении достаточного количества опытного и хорошо знающего больных персонала, и несчастных случаев в пути не было даже при очень продолжительных поездках. В военно-санитарных поездах имелась аптека, операционная и медицинское оборудование, что позволяло в случаях необходимости производить искусственное кормление, дробную наркотизацию и т. п. Эвакуация перенесших контузии без наличия у них выраженных аффективных расстройств, припадков, приступов нарушения сознания осуществлялась без сопровождения психиатрического персонала.

Направленных в госпиталь для судебно-психиатрической экспертизы было немного. Обычно дело шло о различных воинских преступлениях, совершенных лицами, страдающими олигофренией или шизофренией, неправильно признанных годными к военной службе. Иногда попадались страдающие последствиями воздушной контузии.

*

Г. Д. НОВИНСКИЙ

О ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ПО ГЕЙМАНОВИЧУ

Периферические повреждения лицевого нерва встречались у нас часто (больше 100 случаев). Как известно, при этом повреждении глаз не прикрывается полностью верхним веком, рот бывает перекошен в сторону, носогубная складка на стороне повреждения сглажена. Физиотерапия при огнестрельном повреждении лицевого нерва почти не дает эффекта.

При сильно выраженном травматическом повреждении лицевого нерва (периферический парез) сильно затруднены речь и жевание. При длительном парезе лицевого нерва развивается контрактура парализованных мышц лица, которая в дальнейшем препятствует заживлению поврежденного нерва. Поэтому важно не допускать развития контрактуры, распознавая начало образования ее по следующим признакам:

1) на пораженной половине лица глазная щель уже, чем на здоровой;
2) при сильном смыкании век крыло носа не удержимо стремится вверх и кнаружи (признак Г уета);
3) рельеф носогубной складки выражен резче;
4) при протирании слизистой оболочки рта появляется спазм одной из парализованных мышц лица (признак Дюшена)
5) больной ощущает неловкость и стягива ние в пораженной половине лица, особанно после сна и охлаждения.

Проф. Геймановая в сборнике «Проблемы невропатологии» (Госиздат Украины. 1938) предложил лечить инфекционные, простудные невриты лицевого нерва вытяжением липким пластырем, ставя мускулатуру лица в правильное положение и тем способствуя быстрейшему восстановлению функции поврежденного нерва и препятствуя развитию контрактуры лицевой мускулатуры.

На пораженную сторону свежевыбритого лица больного накладывают две полоски липкого пластыря: одну — длиной 3 см и шириной 1,5 см от наружного угла верхнего века к височной области, а другую— длиной 10 см и шириной 1—2 см — между скуловой областью и подбородочной областью, так чтобы мускулатура лица не была перекошена, а находилась в правильном положении (см. рисунок). Обе полоски липкого пластыря должны плотно прилегать к лицу, это достигается легче при предварительном нагревании их. При наложении полоски липкого пластыря на- верхнее веко добиваются, чтобы глазная щель стала уже, чем была. Тогда больной, самостоятельно закрывая глаз, сумеет прикрыть его верхним веком полностью. Если липкопластырное вытяжение по Геймановичу наложено правильно, то глаз полностью закрывается верхним веком, рот не перекашивается.

Эффект от вытяжения получается тотчас же: восстанавливается речь—больной ясно говорит, хорошо жует пищу. Это укрепляет веру больного в выздоровление. Кроме того, при этом методе лечения устра-

[1] Мы указываем малоизвестные признаки контрактуры лицевой мускулатуры ввиду важности этого вопроса (цитировано по Греченину. См. сборник «Из физиотерапевтической практики», 1930).

няется возможность воспалительных заболеваний конъюнктивы век и самого глазного яблока из-за попадания инородных тел в глаз во время сна. Полоски липкого пластыря следует менять каждые 1—2 дня перед бритьем.

Этот способ лечения мы применили в 20 случаях травм этического повреждения лицевого нерва осколками и в *2* случаях упорного простудного неврита лицевого нерва. Одновременно применялась физиотерапия.

*

Положительный результат получен в 15 случаях травматического повреждения лицевого нерва (через 2—3 месяца) и в обоих случаях тяжелого «простудного» неврита (через месяц).

У всех больных верхнее веко полностью закрывало глаз, скашивание рта сведено к минимуму, речь и жевание восстановились полностью. У 5 больных успеха не получено, вероятно, вследствие неаккуратного наложения полосок липкого пластыря при смене их. Лечение контрольной группы раненых только физиотерапией не дало никакого результата.

Общедоступность и легкость применения способа Геймановича, проверенного нами, дают право считать, что этот способ лечения пареза лицевого нерва заслуживает внимания и в ряде случаев дает прекрасный эффект.

★

Майор мед. службы М. Г. СУКСОВ

ИЗМЕНЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ АЛИМЕНТАРНОЙ ДИСТРОФИИ

В нашем госпитале мы встретились с так называемой отечной болезнью в сентябре 1941 г., когда обнаружили у 20 больных значительные изменения со стороны нервно-психической сферы. Обращали внимание: маскообразность лица, гипомимия, вялость, медлительность в движениях, разбросанные микроорганические знаки со стороны черепномозговых нервов: анизокория, вялая реакция зрачков на свет, отклонение кончика языка в сторону при высовывании изо рта. У 55°/<> больных был симптом Ромберга, симптом Хвостека, резкое повышение ■механической возбудимости мышц.

Со стороны рефлекторной сферы были отмечены анизорефлексия или понижение рефлексов, нарушение поверхностной чувствительности в дистальных отделах конечностей в виде «носков» и «перчаток» н почти у всех больных сухость кожных покровов.

Отеки локализовались на верхних и нижних конечностях, на лице и мошонке. У всех 20 человек наблюдалась брадикардия от 48 до 42 ударов в минуту. Больные жаловались на общую слабость, головную боль, головокружение, учащенное мочеиспускание, боли в верхних и нижних конечностях.

С января по -май 1942 г. неврологическому обследованию подверглось еще 78 человек, среди которых было 30% безотечных больных. 50% больных было в возрасте от 32 до 37 лет.

Так же как и в первой группе, у этих больных была отмечена заторможенность психических процессов; больные неохотно общались с окружающими, отличались бедностью движений, как бы застывали в одном положении. 40% обследованных страдали бессонницей, 15% жаловались на онемение в кончиках пальцев, 31% — на судороги в мышцах верхних и нижних конечностей.

Головные боли, главным образом в лобной части, носили преимущественно постоянный характер, нередко усиливаясь по ночам или при перемене положения. Больные отмечали «зябкость» конечностей, повышенную утомляемость, рассеянность. Двигательная, чувствительная и рефлекторная сфера больных была значительно изменена, у многих была ослаблена мышечная сила конечностей (тип легких парезов), наблюдалась диффузная атрофия мыши, преимущественно в дистальных отделах конечностей западение межкостных промежутков и уплощение ладонной поверхности.

Расстройство поверхностной чувствительности не имело четко очерченных границ. Оно носило характер гипестезии полиневритического типа и распространялось по передней поверхности голеней и тыльной поверхности кистей.

Со стороны рефлекторной сферы у 22% больных отмечено снижение сухожильных и периостальных рефлексов нижних конечностей, у 20% больных—анизорефлексия.

Болезненность при давлении на нервные стволы отмечена у 37% больных, при давлении на икроножные мышцы — у 33%. Мышечно-суставное чувство сохранено, почти у всех выявлена повышенная механическая возбудимость мышц и устойчивый мышечный валик. Тазовые расстройства проявлялись главным образом в виде недержания мрчи, частых императивных позывов к мочеиспусканию и снижения половой функции.

Повторные обследования 22 больных из этой группы в стационарных условиях на протяжении трех месяцев показали, что органические знаки поражения нервной системы постепенно исчезают, ко процесс восстановления идет крайне медленно. Долго остаются общая и мышечная слабость, головокружение, головные боли, боли в нижних конечностях.

Отеки исчезали быстро, но вес больных нарастал медленно, а расстройства со стороны психики исчезали лишь через 5—8 недель. У некоторых больных явления психической заторможенности оставались до выписки из госпиталя.

Несмотря на длительное пребывание в стационаре, трудоспособность больных полностью не восстанавливалась.

При проверке отдаленных результатов в ряде случаев выявилось, что лица, возвращенные из отпуска, получив в воинских частях обычную физическую нагрузку, быстро заболевали и снова попадали в госпиталь, но уже в более тяжелом состоянии. Сопоставление изменения субъективных и объективных данных в момент поступления в госпиталь и при выписке из госпиталя показано в табл. 1.

В апреле — мае 1942 г. в одной из воинских частей амбулаторно было обследовано 50 больных с выраженной сухой формой алиментарной дистрофии. У 26 человек упадок в весе достигал 11—12 кг.

Субъективные и объективные данные в основном были те же, что и у стационарных больных. У лиц с более выраженным исхуданием была более поражена и нервная система (табл. 1).

Разбросанность органических знаков со стороны соматической нервной системы не дает возможности говорить о локализованном поражении, так как, наряду с заинтересованностью кортико-спинального пути (наличие симптома Бабинского, анизорефлексии, снижения брюшных и подвздошных рефлексов), имеются и периферические поражения (гипестезия полиневритического типа, снижение сухожильных и периостальных рефлексов), что говорит о диффузном поражении центральной и периферической нервной системы.

В практике врачей лечебных учреждений эти случаи заболеваний вызывали противоречия в диагностике. Больные шли под различными диагнозами: «полиневрит», «энцефалопол иомиэлит», «истерия» и т. д.

Применявшиеся методы лечения были или недейственны, или даже вредны.

Изучая указанных больных, мы пришли к заключению, что при алиментарной дистрофии в той или иной степени страдает и нервная система. Наше убеждение получило подтверждение на VI пленуме Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-медицинского управления Красной Армии.

С января по ноябрь 1943 г. обследовано 87 больных с алиментарной дистрофией. Жалобы и объективные данные в основном были те же, однако отеки в конце 1942 г. и начале 1943 г. не являлись доминирующим симптомом, как раньше. Здесь более ярко выступало разбросанное органическое поражение нервной системы, а именно: атрофия мышц конечностей у 57% больных, парезы в нижних конечностях — у 41%, адинамия—у 31%, снижение мышечной силы — у 42% больных, у 28% больных страдала поверхностная чувствительность.

Особенностью заболеваний этого периода являются парезы мышц шеи (у 11,5% больных). Обычно при этом голова внезапно свисала на грудь, и больные поддерживали ее рукой за подбородок. Парезы эти нестойкие, при покое исчезали через 1—2 недели (у больного М-ва появившийся парез исчез через неделю).

Рядовой С-к-ов, 20 лет (история болезни № 1315). Жалобы на слабость, боли з нижних конечностях, повышенную утомляемость. Рос и развивался правильно, в возрасте 6 лет болел малярией. В наследственности отягощения не отмечает. Ра бс-тал подкатчиком вагонеток в шахте. В армии с 15.IX.1942 г.

Заболевание развилось постепенно. В январе 1943 г. появились боли в животе я частый жидкий стул (5—6 раз в сутки). Резкая слабость в ногах — не мог ходить, «подкашивались» ноги, голова не держалась на плечах. Резко снизился аппетит, периодически появлялась рвота, бессонница, нарастала общая слабость.

10.11.1943 г. апатичен, сознание сохранено, резкая вялость, зрачки слегка расшн рены, реакция «а свет живая, речь дизартрична. Положение больного пассивное, не мсжет поднять голову с подушки, не может подняться с постели.

Активная подвижность в верхних и нижних конечностях резко ограничена: с большим трудом слегка поднимает руки, сгибает ноги в коленных суставах, но к животу привести их не может.

Резкое ослабление мышечной силы в конечностях, сухожильные рефлексы с ииж них -конечностей не вызываются. Брюшные рефлексы и рефлекс кремастера снижены. Легкая ригидность затылка. Бледная окраска покровов и сухость. Со стороны органов грудной и брюшной полости патологических отклонений нет. Температура нормальная, пульс 72 удара в минуту.

Диагноз: менинго-энцефалит.

15.11 заподозрено инфекционное заболевание. Лечение внутривенными вливааиями 40% раствора уротропина.

17.11 головные боли, резкая слабость, невозможность полного объема движений з конечностях, жажда, частые позывы к мочеиспусканию.

Объективно положение больного в постели пассивное, сознание ясное, в окружающей обстановке ориентирован. Речь замедлена; заторможен. Активные движения в конечностях резко ограничены. Мышечная сила снижена, сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей не вызываются, кожные (брюшные, кремастера, подошвенные) также отсутствуют. Чувствительность {глубокая и поверхностная) сохранена. Температура нормальная, пульс 64 удара в минуту.

Спинно-мозговая пункция. Ликвор вытекает под умеренно повышенным давлением (частыми каплями). Реакция Панди слабо положительная: белка О.ЗЭ'/оо, цчтоз 2 в 1 мм», микрофлоры не обнаружено. Общий анализ мочи без отклонений от нормы. Со стороны крови — лейкоцитарная формула без сдвига влево.

Диагноз: полномиэлит (?). Лечение 10% сульфидином по Планельесу.

20.П значительное ограничение активных движений в нижних конечностях, не может приподнять нога от постели до угла 90°, затрудняется согнуть их в коленных суставах. Нарастает атрофия мышц плечевого пояса, мелких мышц кистей {западание межкостных промежутков) в мышц нижних конечностей. Рефлексы с нижних и верхних конечностей попрежнему не вызываются, кожа лаощупь сухая, шелушится.

24.П отмечено, что с 19.11 имеется некоторое улучшение: может удерживать голову и самостоятельно сидеть в постели. В остальном неврологический статуя остается неизменным с выраженной атонией и парезами в конечностях.

Продлено лечение уротропином, добавлен массаж конечностей и ионогальваи»-за ция.

Улучшение у больного наступало крайне медленно. Температура на всем протяжении оставалась нормальной.

Таблица 1

Сводная таблица наиболее частых жалоб больных и наблюдавшихся симптомов со стороны нервной системы у обследованных больных с алиментарной дистрофией за 1941—1944 гг.

Жалобы больных и наблюдавшиеся симптомы со стороны нервной системы	1941 г. сентябрь-ноябрь		1942 г. январь—май		1942 г. из них вторично обследованы 22 человека: было		1942 г. из них вторично обследованы 22 человека: стало		1942 г. январь-ноябрь		1943 г. январь—ноябрь		1941 — 1942—1943 гг.		1944 г.	
	число больных	%	число больных	%	число больных	%	число больных	%	число больных	%	число больных	%	число больных	%	число больных	%
Всего обследовано	20	100	78	100					501	КО	87	100	185*		80'	100
Общая слабость	19	95	42	54		82	4		15	3о	83	95	144	78	79	99
Головокружение	16	89	46	59		82	5		7	14	18	55	ЦО	59	78	97
Головные боли	8	40	37	47					9	18	47	54	92	5о	77	96
Поносы, запоры	3	15	18	23					»/»	*/в	16	18	37	20	%	
Учащенное мочеиспускание	16	80	И	14		27			17	24	42	48	69	37	69	й
Боли в нижних конечностях	К	65	37	47		71	'5		16	32	34	39	84	45	74	93
Судороги в конечностях	13	65	24	31					6	12	15	17	52	28	45	57
.Зябкость'	11	53	19	24		36	1				15	17	45	24	12	15
Нарушение сна	12	60	31	39.7		18	2		2	4			43	23	18	23
Повышенный аппетит	10	50	37	47					15	30	8	9	55	30	15	19
Отечность	16	8о	55	71					8	16	5	6	76	41	21	26
Анязокория	15	75	31	40		41	5		7	14	8	9	54	29	12	15
Парез лицевого черва—сглаженные носогубные складки	8	40	17	22		50	6				26	30	51	28	11	14
Нистагм	3	15	10	13		23	5		4	8	5	б	18	10	1	1
Симптом Ромберга	12	60	40	51		36	3		36	72	15	17	67	36	9	11
Симптом Хвостека и хоботковый	11	56	18	23									29	16		
Снижение сухожильных в периостальных рефлексов с рук			4	5	1	4,5			1	2	22	25	26	14	18	23

Повышение сухожильных к пйриосталь* ных рефлексов с рук	3	13	**10**	13	3	14	3	14			5	3	18	**Ю**	5	**6**
Аннзорефлексия	12	60	16	20		—		—	—	—	5	6	33	18		—■
Снижение сухожильных н периостальных рефлексов с нижних конечностей		—	9	22		—	—	—	37	72	48	55	57	31	38	48
Повышение сухожильных и периостальных рефлексов с нижних конечностей	—	——	12	15						–	4	5	16	10	6	8
Снижение кожных рефлексов	—		7	9	3	14	—	—	8	16	24	28	31	16	17	20
Патологические рефлексы (Бабинский, Россолимо)	—	—	11	14	6	27	–	–	9	18	9	10	О	И	2	3
Тазовые расстройства	10	50	—	—				—н-	14	28	6	7	16	9	5	6
Гииостезия в области голеней (полиневритический тип)	5	25	21	27	–				2!	42	24	28	50	27	21	26
Парезы конечностей											89	45	39	21	24	30
Болезненность нервных стволов при давлении	16	80	30	39	12	54	—		22	44	23	26	69	37	5	5
Болезненность икроножных мышц при давлении	15	75	26	31	10	45	6	27	П	22			42	23	22	28
Гипотония в конечностях	—.	—	31	40						—■"	35	40	66	36	9	11
Атрофия мышц	19	95	55	71	–	–	–		26	52	50	57	121	(7	37	46
Стойкий мышечный валик	18	90	38	49	—	—	—	—	40	80	36	41	92	50	70	88
Снижение мышечной силы в верхних конечностях	И	53	40	51		–	–	–	—	–	37	42	88	76	41	51
Маскообрзэиость лица	16	80	28	36	—	—	—	—	6	12	—		50	27	'—	—
Сухость кожных покровов (гнперкератоз)	20	1СО	48	61,5	12	54	5	9	12	24	37	42	105	67	72	90
Гнпергидроз	15	75	40	51	12	54	6	27	3	6	40	46	95	51	73	91
Акроцианоз	20	ио	и	14	1!	50	4	18	10	20	30	34	61	32	70	88
Адинамия	13	63	14	18						—	27	31	54	29	20	25
Заторможенность	13	65	22	28	6	27	-НМ.	—	12	24	26	30	61	32	25	31

1 Обследованные амбулаторно.
2 Стационарные больные.
5 Больные с так называемой паретической формой.

11.111 объективные данные: рост 174 см, вес 52 кг, окружиюсть груди 85 см. Питание снижено, видимые слизистые и покровы бледны. Кожа наощупь суха, шелушится. Со стороны органов грудной и брюшной полости патологических изменений нет. Зрачки правильной конфигурации, реакция на свет живая, конвергирует недостаточно. Правая носогубная складка сглажена. Симптом Ромберга слабо положительный. Резкая диффузная атрофия мышц плечевого пояса и в дистальных отделах конечностей. Окружность каждого плеча 21 см, предплечий —справа 22 ыи. слева 21 см. Окружность бедер *в верхней трети — 39 см, голеней справа (в верхней трети) 32 см, слева 31 см. Атония в мышцах верхних и нижних конечностей и снижение мышечной силы. Резко снижены сухожильные рефлексы нижних конечностей, с трудом вызываются подошвенные. Чувствительность глубокая и поверхностная ие расстроена. Лабораторные исследования: реакция Райта от 25.1У.1943 г. отрицательная. Реакция Вассермана отрицательная. Обший анализ мочи без отклонений от нормы. Рентгеноскопия легких от 19.У.1943 г. без патологических отклонений.

Диагноз: полиомиэлнт (?).

В приведенном случае заболевание развилось постепенно: сначала появились желудочно-кишечные расстройства, затем общая слабость, а позднее без повышенной температуры стали нарастать вялые парезы конечностей и мышц шеи, достигнувшие максимального развития к 17.11.1943 г. В результате лечения состояние больного стало медленно улучшаться.

Вследствие неясности характера болезни, сначала был поставлен диагноз дизентерии, потом полиневрита, менинго-энцефалита и полиомиелита.

Анализируя ретроспективно развитие заболевания и объективные данные, надо думать об органическом поражении центральной нервной системы — не только спинного мозга, но и вещества головного мозга ганглиев стволовой части (полидипсия, расстройство сна).

В данном случае надо говорить о полиоэнцефал ом пелите, развив шемся на почве алиментарной дистрофии.

С января по июль 1944 г. на заключительном этапе обследовано 80 больных с алиментарной дистрофией, которые по возрастам распределялись следующим образом: от 19 до 25 лет — 19 человек, от 25 до 30 лет — 3, от 30 до 35 лет—14, от 35 до 40 лет—18, от 40 до 45 лет— 14, от 45 до 50 лет— 10 и старше 50 лет — 2 человека.

В этой группе имелся большой процент больных с «паретической формой» алиментарной дистрофии, при которой на фоне относительного благополучия, даже без упадка в весе (что в 1941 —1943 гг. являлось ведущим симптомом), после незначительной нагрузки (марш, переноска груза) инсультообразно развиваются парезы >в нижних, а иногда в нижних, и в верхних конечностях (тетрапарезы).

Основные жалобы: боли и слабость в верхних и нижних конечностях. судороги в отдельных мышечных группах конечностей и ощущение «жара» в ногах (на подошвенных поверхностях) при фактически холодных конечностях.

Походка неуверенная, псевдотабетическая, иногда приобретает тип паретической, давая свисающую стопу. Больные во- время ходьбы с трудом передвигают ноги, запинаются.

Когда больной ложится в постель, то, вследствие резкой мышечной слабости, вынужден сначала сесть, а затем руками приподнять ноги, «укладывая их в постель», а при вставании руками же спускать их с постели.

Изучение показывает, что у больных меньше страдает головной мозг, встречаются лишь легкие двигательные изменения по отдельным черепномозговым нервам (111, V, VII, XI и XII пары), но зато резко страдает рефлекторная сфера, снижаются сухожильные и периостальные рефлексы верхних и нижних конечностей, развивается адинамия и астения, доходящая до глубоких парезов в конечностях и мышцах шеи.

У значительного процента больных встречается болезненность в икроножных мышцах; болезненность (при давлении) по ходу нервных стволов наблюдается редко.

Чувствительность расстраивается в дистальных отделах конечностей, Явно выражена вегетативная лабильность: акроцианоз, гипергидроз (в области подмышечных впадин, кистей рук, стоп, лица), сухость кожных покровов, высокие цифры ортостатического ускорения (от +25 до +40), лабильность пульса, судороги в отдельных мышечных группах конечностей (чаще икроножных мышц).

Отмечены единичные случаи асимметрических расстройств вегетативной нервной системы.

В предыдущие годы подобная симптоматика у больных встречалась реже и, судя по описаниям, напоминала симптомы авитаминозного заболевания (комплекса В).

Сержант К-н. 37 лет (история болезни № 1321>. Поступил с жалобами на резкую общую слабость, нарастающую слабость в верхних и нижних конечностях, свисание головы на грудь.

Отягощенной наследственности не отмечает, в марте 1944 г. болел малярией, лечился амбулаторно акрихином. Приступы прекратились, но с (.IV.1944 г. стал отмечать нарастающую слабость в верхних и нижних конечностях.

7.17 псянились боли в области мышц шеи. 16.17 повисла голова (парез мышц шеи). В руках развилась слабость.

Объективно: рост 170 см, вес 60 кг. Положение больного пассивное, состояние тяжелое. Телосложения правильного, питания пониженного, видимые слизистые и кожные покровы слегка иктеричны и бледны.

Со стороны легких изменений нет; со стороны сердца: границы в пределах нормы, тоны приглушены. Пульс 49 ударов в минуту. Кровяное давление 120/65. Живот мягкий, легкая болезненность в области селезенки, которая в размерах не увеличена. Язык обложен белым налетом.

Неврологический статус: анизо корня 8 > б, реакция на свет живая, конвергирует недостаточно. Отчетливо сглажена правая носогубная окладка. Речь с легким носовым оттенком. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук снижены — слева больше, чем справа, брюшные рефлексы вялые, ахиллов рефлекс справа не вызывается, подошвенные рефлексы снижены. Пирамидных симптомов нет. Гипестеэия в области верхних конечностей, С5—С« но корешковому типу и в области голеней на передней поверхности.

Кровь: умеренный лейкоцитоз (10 800). Моча: белок 0,193%, лейкоциты 50—60 в поле зрения, эпителий плоский 1—2 в поле зрения. В стационаре в течение первых 10—12 дней состояние больного оставалось тяжелым. Больной был вял, подавлен, часто плакал, плохо спал и мало ел. Жаловался на большую общую слабость, резкие мышечные боли и свисание головы на грудь.

Больной получал питание по индивидуальной диэте, дрожжи, вино, аскорбиновую кислоту, 40,% глюкозу, никотиновую кислоту, сердечные (камфору, кофеин, стрихнин) и хинин.

Наступило некоторое улучшение, но, несмотря на лечение, <в середине мая состояние больного вновь ухудшилось. Появилась вялость, апатия, безучастность к окружающему. Ухудшился сон и аппетит. Вновь обострились боли в конечностях и в мышцах шеи. Активные движения в руках стали более ограничены по силе и по объему. Появился систолический шум на верхушке сердца. Язык стал суховатым, обложенным. Снизились сухожильные рефлексы и сгладилась носогубная складка. Со стороны сердца глухие тоны и болезненность в области правого подреберья.

В конце мая состояние больного улучшилось, но 26.71.1944 г. внезапно снова ухудшилось. Появилось отвращение к пище, тошнота, рвота, сильные боли в подложечной области, подавленное настроеште.

Витаминотерапия уменьшила боли в конечностях и в области шеи, больной хорошо держал голову и садился, но появилось чувство «жара» и оставалось подавленное настроение. Чувство жара настолько беспокоило, что больного приходилось обертывать влажной простыней и выносить на ночь в палатку. Состояние больного прогрессивно ухудшалось, и 19.711.1944 г, он умер.

Диагноз: алиментарная дистрофия с авитаминозом комплекса $B_ь$ с тетрапарезом и парезом мышц шеи.

Данный случай можно рассматривать как тяжелый случай авитаминоза комплекса В>, развившегося на фоне длительно протекавшей алиментарной дистрофии с поражением нервной системы по типу энцефало-миэлита.

Рядовой Л-о, 19 лет (история болезни № 2257). Поступил 25,711.1944 г. с жалобами на общую слабость, онемение и отсутствие движений в нижних и верхних

конечностях, плохой аппетит, двоение в глазах, тошноту, рвоту, учащенное мочеиспускание, недержание мочи.

Болей с января 1943 г. В наследственности отягощения кет. В детстве развивался нормально, с II лет занимался сельским хозяйством, затем работал трактористом, в январе 1943 г. мобилизован, был на тяжелой физической работе.

С февраля 1943 г. плохо переносит холод, сильно -похудел, участилось мочеиспускание. Летом состояние улучшилось, но от зноя часто уставал, слабость нарастала. В начале июня, яри физической нагрузке, сильно ослабел. С наступлением холодов появились боли в нижних конечностях, ходил с трудом, лечился таблетками (?). 10 нюня упал на дороге и не мог подняться, так как «отнялись» моги. Был доставлен в госпиталь № 958, где сильно похудел, появилось отвращение к пище, покос. Состояние ухудшилось.

Через 9—10 дней сумел встать, но вновь «отнялись» руки и ноги, голова стала пассивно свисать на грудь.

Общая слабость и отсутствие активных движений в конечностях. Тошнота, рвота, плохой аппетит, частый жидкий стул, учащенное мочеиспускание, недержание мочи.

Объективно: рост 169 см. вес 57 кг. Питание понижено, диффузная атрофия мышц, кожа на конечностях сухая. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты. Лимфатические железы не увеличены, легкие без изменений, границы сердца в пределах нормы, но тоны глуховатые. Пульс 80 ударов в минуту. Кровяное давление 115/60. Язык слегка обложен, сухой; десны набухшие. Живот мягкий, болезненный в подложечной области.

Со стороны нервной системы: зрачки правильной формы, 5 = 6. Реакция на свет живая, на конвергенцию сохранена. Объем активных движений в конечностях резко ограничен; лежа больной не может поднять вытянутую ногу.

Резкая слабость а руках; динамометрия: правая рука — 4 кг, левая—-6 кг, мышечный валик, адинамия, .вялость, пассивное положение (не может повернуться на бок). Голова беспомощно свисает на грудь.

Резко снижены сухожильные рефлексы с нижних конечностей. При давлении нервные стволы безболезненны. Чувствительность расстроена на нижних конечностях по полиневритическому типу циркулярно, доходя до уровня коленного сустава, занимая всю голень; болезненность икроножных мышц при пальпации, глубокая чувствительность сохранена.

В крови умеренный лейкоцитоз и сдвиг влево лейкоцитарной формулы.

Таблица 2

Анализ нровн

Анализ крови	27.711	29.711	18.7111	**2.1X**	**Н.1X**
Гемоглобин в %.....	75	74	74	65	70
Эритроциты.....	4840 000	3900 000	4 920000	3 710000	3 870 000
Лейкоциты	12 2СО	9 800	10 600	7 600	7 200
Сегментированные	53	58	61	58	59
Лимфоциты	23	19	43	30	34
Палочкоядерные..... в %	14	11	3	7	6
Моноциты	10	**10**	3	5	1
Эозинофилы	—	2	—	—	—
РОЭ (мм в час).....	8	12	16	10	12

Т аблица3

Анализ крови

14.7111	14.711!	9.71П
Сахар в крови 70 мг% Остаточный азот *в* крови на 2.7Ш 70 мг%	Хлориды в крови 567 мг%	Реакция Вассермана отрицательная

Диагноз: алиментарная дистрофия второй н третьей степени с явлениями полиневрита и гиповитаминоза комплекса В.

Больной получал глюкозу с инсулином, аскорбиновую кислоту, ин та мни В1 (3,0 а сутки), витамин С, вино, дрожжи, соляную кислоту, аутогемотерапию, печеночный экстракт, смородинный и апельсинный сок.

Таблица 4

Анализ мочи

Анализ мочи	7.7Ш	14.7111	31 .VIII	5 IX	П.1Х
Цвет.....	Соломенно-желтый	Соломенно-желтый	Бледно-желтый	Сол оме и но-а елтый	Бледно-желтый
Удельный вес , . .	ЮОО	Ид 3	1001	100 а	1002
Реакция	Слабо щелочная	Щелочная	Щелочная	Кислая	Кислая^
Белок	Не обна-ружен	0,198%	Не обна-ружен	Не обна-ружен	Не обна-ружен
Сахар	Нет	Нет	Нет		Нет
Кровь	в	*	•	9	»
Лейкоцитов в поле зрения - . ,	1—2	3—5	1-3	2-3	Единичные
Плоский эпителий в поле зрения . .	1—2 .	3-4	2-4	2-3	2—3
Круглый эпителий в поле зрения ♦ *	0-1	4-6	Нет	• Нет	Нет
Дрожжевые грибки в поле зрения . .	Нет	Нет	а	в	■
Слизь	1»	Микробы	• Щавелевая кислота	Микробы	Щавелева» кислота

Та блица 5

Анализ мочи на хлориды

Анализ мочи	15.7111	23.7111
УЖ)» 100 см» • • • • .... 2-я порция)	0,47 г 0,58 г	0,13 г 0,15 г

Состояние значительно улучшилось, стал хорошо спать, самостоятельно есть. Исчезли диспепсические явления. Мышечная сила увеличилась до 18/18 кг, самостоятельно поднимает ноги с постели.

Обобщая наблюдения, проведенные над 185 стационарными больными, мы можем установить, как часто встречаются те или иные жалобы при алиментарной дистрофии (табл. 6).

Таблица 6

Частота жалоб больных (в %)

Общая слабость	78
Головокружение	69
Головные боли	50
Поносы или запоры . . *	20
Учащенное мочеиспускание	37
Боли в нижних конечностях • . .	45
Судороги в конечностях	28
.Зябкость*	24
Нарушение сна	23
Ненасыщаемость	30
Периодическое появление отеков	41

Со стороны неврологического статуса находим следующие изменения: анизокорию — в 29%, ослабление конвергенции (вследствие пареза внутренних мышц)—в 8%, парез лицевого нерва — в 28% (в 3 случаях отмечены полные периферические параличи: у больного Ш-на паралич развился в госпитале, больные А-ов и И-в прибыли в госпиталь с параличами). Парезы V пары нервов с затруднениями жевания — в 4%, парезы XII пары — в 10%, симптом хоботковый *а*

Хвостека— в 16%. Изменения со стороны рефлекторной сферы (повышение или понижение рефлексов) с верхних конечностей — в 23%, со стороны нижних конечностей — в 64%. Положительный симптом Ромберга отмечен в 36% случаев. В 5% случаев при алиментарной дистрофии 3-й степени, протекающей с квадрипарезамн, наблюдались бульбарные расстройства (затрудненное глотание жидкой пищи, поперхиеание, смазанная речь). Парезы в конечностях (от слабости до глубокой адинамии) мы отметили в 19%, причем чаще страдают нижние конечности.

Мышечная сила в верхних конечностях, как правило, снижена до 20 кг и ниже (76%), нередко встречаются пирамидные симптомы (Бабинского, Россолимо в 11%). В двух случаях отмечены глубокие тазовые расстройства в виде задержки мочи, котооые через 4—5 дней исчезли; больных приходилось катетеризовать. Недержание мочи встретилось в 9%, учащенное мочеиспускание — в 37%, болезненность нервных стволов при давлении, локализующаяся главным образом по ходу седалищных нервов, — в 37%, в икроножных мышцах — в 38% случаев. В 67% встречалась диффузная атрофия мышц с явлениями выраженной гипотонии.

Вегетативная нервная система оказывается более ранимой, вследствие чего отмечаются большие сдвиги: сухость кожных покровов в 57% случаев, местный гипергидроз в 51%, акроцианоз в 32%, брадикардия (от 42 до 48 ударов в минуту) в 15% и понижение кровяного давления ниже 100 >мм в 19% случаев.

Нередки изменения со стороны психики: заторможенность психических процессов в 32% случаев, маскообразное лицо в 28%, снижение памяти; больные мало интересуются окружающим, плохо следят за собой, неряшливы.

В 3 случаях мы отметили появление эпилептиформных припадков у лиц, не страдавших ими-раньше (у больного Ж-ва припадки появились на 11-й день поступления в госпиталь, Щ-в и П-в прибыли из части с припадками).

Для исключения возможности каких бы то ни было воспалительных процессов со стороны центральной нервной системы у 5 больных была произведена спинно-мозговая пункция. При лабораторном исследовании спинномозговой жидкости патологических изменений не обнаружено (реакции Панди и Ноине-Апельта отрицательные). Во время пункции во всех случаях ликво-р вытекал с умеренно повышенным давлением (частыми каплями).

Для дополнения объективной симптоматики, наблюдаемой у больных, привожу анализ случаев, закончившихся смертью.

За июнь — июль 1943 г. из обследованных больных с алиментарной дистрофией 3-й степени умерло 7. С января по июнь 1944 г. также умерло 7,человек, но у них преобладал гиповитаминоз В.

При жизни у этих больных констатировано расстройство со стороны рефлекторной, чувствительной и двигательной сфер (парезы мышц шеи, квадрипарезы, бульбарные расстройства с пирамидными знаками).

У 6 больных заболевание протекало по типу полиневрита, у 4 — с картиной энцефалополиомиэлита, у остальных 4 больных заболевания в определенную нозологическую форму не укладываются.

Погибшие больные имели большой дефицит в весе, доходивший до 25 кг. Длительность пребывания их в госпитале была различна: на 5-е сутки умерло 3, на 10-е—5, на 24-й день—1, остальные на 35-й день и позже.

Например, больного К-на удалось поддерживать 3 месяца; у него были периодические улучшения. В большом проценте случаев смерть наступала на 10—12-й день с момента поступления в госпиталь, тогда как по внешнему виду больного казалось, что организм мог сопротив-

.ляться длительный срок. Такие больные чувствовали себя относительно не плохо, могли передвигаться, обслуживать себя и нередко в таких случаях смерть наступала внезапно (например, больной Ж-в умер во время приема пищи при явлениях мидриаза и резких судорог в коней* ■костях).

При вскрытии в 2 случаях обнаружены явления отека головного мозга с инъекцией сосудов и сглаженностью в'г'илин, в 6 случаях — полнокровие сосудов головного мозга, в 1 случае — инъекция сосудов грудного и шейного отделов спинного мозга, в I - кровоизлияние на дно IV желудочка (больной Т-ев, 51 года, — артериосклероз головного мозга). В 2 случаях изменений в тканях мозга не обнаружено и в 2 — вскрытие не производилось.

На материале 100 секций лиц, умерших от алиментарной дистрофии в 1943 г. в эвакогоспиталях системы нашего ПЭП, со стороны головного мозга и его стволовой части было отмечено нерезко выраженное венозное полнокровие и различной степени отек оболочек и вещества мозга.

Микроскопически (20 случаев) в головном мозгу, кроме мало выраженного периваскулярного и перицеллюлярного отека, заметных изменений не обнаружено.

Имеются значительные явления дегенерации нервных волокон в периферических нервах. В нервных пучках отмечается воспалительная инфильтрация по ходу сосудов,

В узлах периферического отдела вегетативной нервной системы констатируются значительные изменения, выражающиеся в гидропической дегенерации нервных клеток; наряду с этим отмечается периваскулярная клеточная инфильтрация.

Значительные изменения наблюдались в железах внутренней секреции: гипофиз и эпифиз в 17 случаях были отечны, рыхлы; щитовидная железа в большинстве случаев уменьшена в размерах, уплотнена, на разрезе различного цвета — от бурожелтого до синевато-серого с буроватым оттенко-м, отек железы наблюдался редко. Надпочечники, как правило, изменены в размерах, истончены, часто листовидны, корковый слой истончен, буроватого или красноватого цвета. Мозговой слой почти не выражен, он буроватого или красного цвета.

Из приведенных данных можно сделать вывод, что при алиментарной дистрофии в периферических нервах и вегетативных узлах имеются атрофические, дегенеративные и воспалительные явления; в железах внутренней секреции, особенно в надпочечниках и щитовидной железе атрофия и глубокая дегенерация, в мышцах — ценкеровский некроз.

Подводя итог наблюдениям, приходим к заключению, что при алиментарной дистрофии нервная система, как более ранимая вследствие белкового голодания организма, дает значительные структурные изменения. Это совпадает с литературными данными (Труды VI пленума Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-медицинского управления Красной Армии).

Изменения нервной системы от легких функциональных расстройств до глубоких органических поражений как периферической, так и центральной нервной системы (типа полиневритов, миэлозов, энцефаломиэлитов) нельзя объяснить одним фактором белкового голодания. По-видимому, большое значение играет при этом также и второй фактор — недостаток в пище витамина $B_ь$ что влияет на развитие патологических процессов со стороны нервной системы (проф, Лурье, проф. Ланг, Эдди и Дальдорф, Теупода и Кура и др.).

Клинические и экспериментальные исследования невропатологов, физиологов и терапевтов (Гис, Бергман, Гебер, Лондон, Букин, Сепп и др.) подтверждают поражение центральной и периферической нервной системы при недостаточности в пище витаминов В[и B_2. Известно,

что отсутствие в пище витамина В1 вызывает заболевание бери-берк и полиневриты, а B_2 — пеллагру.

К ранним проявлениям гиповитаминоза В1 относят потерю аппетита с последующим падением в весе, повышенную утомляемость, общую слабость, головные боли, боли в икроножных мышцах, онемение в конечностях, понижение температуры, потливость, сухость кожи. Позже появляются: резкое истощение или отеки лица, ног, рук, серозных оболочек, усталость, подавленность, слабость в ногах и неуверенность в походке, развивающийся неврит, анестезия кожи в области икроножных мышц, уменьшение или потеря глубоких рефлексов, параличи.

Из работы Капланского видно, что витамин В1, оказывая терапевтический эффект при специфическом авитаминозе, непосредственно влияет и на окислительно-восстановительные процессы в мышечной и нервной системе, в частности, в мозгу и периферической нервной системе; витамин В| необходим также для дезаминирования аминокислот в тканях организма и для образования ацетилхолина в нервной системе.

При гиповитаминозе B_2 также страдает нервная система, преимущественно центральные ее отделы. Проявляется это в виде спастического синдрома: усиления сухожильных рефлексов и мышечного тонуса, вплоть до клснуса стоп, появления патологических рефлексов (Россолимо, Бабинского, Оппенгейма), спастических парезов нижних конечностей. Иногда все эти явления сочетаются с атаксией, реже встречаются тонические судороги.

Отсутствие или недостаточное количество в пище витамина С вызывает заболевание скорбутом. Характерным для авитаминоза С со стороны нервно-психической сферы является прежде всего адинамия, вялость, апатия, подавленность, слабость в ногах, быстрая утомляемость, сонливость, головокружение, раздражительность.

Позднее появляется стеснение в груди, сердцебиение, акроцианоз, кровоточивость десен, боли в подошвах при ходьбе, бледность и сухость кожи, мелкое отрубевидное шелушение, падение аппетита и трудоспособности, петехиальная сыпь, подкожные кровоизлияния и резкие приступообразные боли за счет кровоизлияний в оболочки периферических нервных стволов, иногда нервные синдромы — результат кровоизлияний в центральную нервную систему.

Указанные симптомы гиповитаминозов встречались и у наших больных, преимущественно можно было найти сходство с гиповитаминозом В|. Однако отдельные симптомы, как шелушение кожи, заинтересованность пирамидных путей и центральной нервной системы, неврастения пеллагрического типа, говорят о недостатке витамина B_2. В отдельных же случаях встречались гингивиты, указывающие на недостаток витамина С. Если при бери-бери имеются только поражения периферической нервной системы на почве определенного этиологического момента, то у наших больных мы наблюдали диффузные поражения нервной системы, а не четко очерченные полиневриты с резкими атрофиями.

В некоторых случаях «отечных» форм алиментарной дистрофии полиневритов совсем не было, а лишь намечались в той или иной мере поражения центральней и вегетативной нервной системы. Парезы или тетрапарезы иногда протекали без атрофии мышц, следовательно, на фоне алиментарной дистрофии мы имели проявления гиповитаминоза комплекса В и лишь редко С.

Подходя к анализу изменений нервной системы при алиментарном истощении с двух точек зрения, выдвинутых на VI пленуме Ученого медицинского совета при начальнике Главного военно-медицинского управления, мы должны сказать, что в нашей практике нельзя было установить единого понимания этого рода больных с неврологической, точки зрения.

Клиника поражений нервной системы в рассмотренных нами труп* пах разнообразна: наряду с периферическими, встречались центральные расстройства, которые протекали с арефлексией и гиперрефлексией. Полные параличи наблюдались редко. При выраженных авитаминозах группы В парезы были характерны своей нестойкостью и при покое быстро исчезали.

Изменения в центральной нервной системе происходили не по типу воспалительных процессов, а скорее по типу миэлоза, тем более что среди обследованных больных мы встретили ахлоргидрию в 36% случаев и резкое снижение кислотности желудочного сока (гипохлоргидрию) в 26% случаев.

Парезы вялого типа не укладываются в клиническую форму полиневритического поражения. У этой части больных встречалось снижение сухожильных рефлексов, но не было расстройства мышечно-суставного чувства, а при расстройстве поверхностной чувствительности не было изменения со стороны рефлекторной сферы. Часто наблюдались распространенные боли в отдельных 'мышечных группах, усиливавшиеся при движении, давлении; особенно это было выражено в области икроножных мышц. Давление же на нервные стволы было безболезненно.

Проф. Раздольский, описывая нервные расстройства при алиментарном истощении, указывает на понижение кожной чувствительности, безболезненность нервных стволов и отсутствие симптомов натяжения, но отмечает паретические явления и болезненность мышц. Иначе говоря, он, как и проф. Маргулис, наблюдал полиневромиозиты.

Приведенные нами случаи сильно сходны с полнневромиозитами.

Отмеченные нарушения функции вегетативной нервной системы выражались в расстройствах сердечно-сосудистой системы (брадикардия, понижение кровяного давления), потоотделения (сухость, гипергидроз), в нарушении функции тазовых органов (недержание мочи, учащенное мочеиспускание, понижение полового чувства в 50% случаев), нарушения терморегуляции, а также в расстройствах со стороны желудочно-кишечного тракта (поносы, запоры, рвота, дискинезия).

Произведенное в 1942 г. рентгенологическое обследование 67 больных выявило большую частоту дискинезий тонкого кишечника и спазмов желудка, что также указывает на значительное функциональное нарушение вегетативной нервной системы.

Нарушением функций симпатического нерва, который, как и трофический нерв, непосредственно регулирует питание (Орбели), можно объяснить снижение работоспособности мышц, вследствие изменения интенсивности химических и физико-химических процессов питания тканей, что, видимо, имело место у наших больных, у которых значительно страдала трофика.

Ряд клинических симптомов указывает на дисфункцию щитовидной железы (гипотиреоз): наклонность к отекам, сухость кожи, брадикардия, общая вялость, «зябкость». Резкое исхудание, адинамия и снижение кровяного давления говорят о понижении функции надпочечников; нарушение водно-солевого обмена, явления полиурии — об участии гипофиза, понижение полового стремления — об участии половых желез.

Однако дисфункция эндокринной системы не является основой всей патологической картины; эндокринная система страдает вторично, как тесно связанная с вегетативной нервной системой.

В заключение можно сказать, что существующее деление клинических форм алиментарной дистрофии по тяжести течения на три степени находит соответствие и в поражении нервной системы, причем глубина поражения нервно-психической сферы может быть различна — от функциональных нарушений до органических поражений нервной системы типа полиневрита, распространенного нейромиозита, миэлоза и энце-

фаломнэлита с явлениями парапарезов, тетрапарезов и бульбарных расстройств.

Начальные формы алиментарной дистрофии, протекая с функциональной неполноценностью вегетативной нервной системы, диагносцируются с трудом.

Амбулаторно можно встретить больных этого рода, значащихся'под диагнозом: «неврастения», «вегетативный невроз», «переутомление», «недержание мочи», «аггравация». Для окончательного диагноза необходимо всестороннее обследование.

Выявление глубоких неврологических изменений при 2—3-й степени алиментарной дистрофии дает возможность с первых дней правильно вести такого рода больных и тем самым предотвратить глубокие, подчас необратимые, явления со стороны всего организма.

При первой степени алиментарной дистрофии преобладают неврастенические жалобы: общая слабость, головные боли, головокружение, повышенная утомляемость, бессонница, ненасыщаемость («волчий аппетит») или, наоборот, снижение аппетита, мышечные боли в конечностях и в поясничной области, учащенное мочеиспускание, «зябкость». Из объективных данных удается отметить падение веса и вегетативные расстройства — акроцианоз, гипергидроз, сухость кожных покровов, стойкий мышечный валик. Выражены снижение сухожильных рефлексов с нижних конечностей и болезненность при давлении в области икроножных мышц.

Вторая степень алиментарной дистрофии характеризуется нарастанием всех указанных явлений с добавлением онемения в концах пальцев, судорог в икроножных мышцах во время движения, повышенной утомляемости нижних конечностей, головокружения при сгибании, периодически наступающих отеков, резкого снижения аппетита, болей в подложечной области и расстройства со стороны желудочно-кишечного тракта в виде запоров или поносов.

При этом обращают на себя внимание падение веса, диффузная атрофия мышц корпуса, ягодичной области — симптом «скворечника», гипотония в конечностях, ослабление мышечной силы, иногда присоединяются своеобразные парапарезы или тетрапарезы, парезы мышц шея («свисающая голова на грудь»), без четко очерченного поражения периферической нервной системы. Парезы иногда скоро проходят, иногда довольно устойчивы. Со стороны рефлекторной сферы часто наблюдалось резкое снижение сухожильных и периостальных рефлексов, иногда полная утрата (пателлярных и ахилловых), отмечалась гипестезия **е** области стоп и голеней по поли-невритическому типу с концентрацией гипестетического участка по передней поверхности голени. Реже удается отметить гипестезию на верхних конечностях. Со стороны черепномозговых нервов наблюдается анизокория, недостаточность конвергенции, парезы лицевого нерва, заинтересованность подъязычного нерва. Кроме того, наблюдается положительный симптом Ромберга, расстраивается походка — приобретает утиный тип, больные волочат ноги попел у, затрудняясь во время ходьбы согнуть их в коленных суставах, переваливаются из стороны в сторону, редко, но все же встречаются типы спинальной атаксии.

Больше страдает и вегетативная нервная система: резкая, сухость, кожных покровов с Отрубевидным шелушением, акроцианоз, «зябкость» конечностей, мраморность, оживление пиломоторных рефлексов, стойкий мышечный валик, гипергидроз. Кровяное давление понижено, брадикардия, ортостатическое ускорение до +20 и выше. Мочеиспускание учащается, запоры переходят часто в профузные поносы, и такого рода больных сплошь и рядом принимают за дизентерийных, .

При 3-й степени алиментарной дистрофии перечисленные симптомы, выражены ярче. Развивается адинамия, больные резко истощены (диф-

фуэная атрофия мышц). Особенно отчетливо выступают изменения со стороны нервно-психической сферы: заторможенность психических процессов, безразличие к окружающей обстановке, маскообразное лицо, больные скованы, отвечают на вопросы с длительной задержкой, лежат, неподвижно устремив взгляд вдаль, редко мигая и разбросав конечности, испытывая жажду и жар во всем теле, конечности же при этом наощупь холодны. Язык сухой, обложен серым налетом. Жалобы на головную боль и боли в поясничной области. Сухожильные и периостальные рефлексы как с верхних, так и с нижних конечностей чаще выпадают совсем, кожные (брюшные, кремастера, подошвенные) снижены, сила в руках и ногах ослаблена.

Проявляющиеся парапарезы и тетрапарезы протекают иногда с расстройством чувствительности, иногда без него.

Парезы мышц шеи дают беспомощное свисание головы на грудь (пассивное свисание головы напоминает позу больных, перенесших клещевой энцефаломиэлит).

При 3-й степени алиментарной дистрофии мы наблюдали также бульбарные расстройства в виде смазанносги речи, затрудненного жевания и глотания пищи, поперхивания, затрудненного высовывания языка изо рта.

У больных с такими глубокими поражениями центральной нервной системы (тетрапарезы с бульбарными явлениями) процессы чаще заканчивались летально (необратимый процесс).

Многообразие жалоб, полиморфность объективных данных и нестойкость их в большинстве случаев заставляют предполагать, что патологические процессы при алиментарной дистрофии не локализуются в каком-либо отдельном участке нервной системы, а поражают самые разнообразные ее отделы, что до известной степени подтверждается морфологическими данными, приведенными выше.

Выводы

1. На основании изученных нами 315 больных алиментарной дистро **фией мы** можем сказать, что изменения со стороны нервной системы этой группы больных наблюдаются от функциональных расстройств до глубоких органических поражений как в центральном, так и пери ферическом ее отделах.

2. В начальной форме алиментарной дистрофии расстройство нерв ной системы встречается в виде неврастенических явлений со значительными вегетативными сдвигами.

3. Поражения нервной системы при алиментарной дистрофии 2—3-й степени клинически могут протекать по типу полиневритов, полиневромиозитов, миэлозов и энцефаломнэлитов. что до известной степени подтверждается патогистологическими изменениями центральной, периферической нервной, вегетативно-эндокринной системы.

4. Неврологические изменения при так называемой паретической форме алиментарного истощения обусловлены двумя факторами: гипопротеинемией и недостаточностью витаминов, в частности, комплекса В—относительной, вторичной или первичной.

5. Для уточнения этиопатогенеза, этиологии, клиники и патогистологнческих данных необходимо продолжать накопление материала **с целью** изучения его по единой схеме, включающей материалы патогистологического характера.

6. Явления эти до известного периода нестойкие и могут исчезнуть при правильно организованном лечении, а при условии своевременного проведения ряда профилактических мер (питание, витамины, нагрузка и т. д.) заболеваемость можно или предупредить, или она будет выявляться в форме лишь стертых «миниатюрных» форм гиповитаминозов.

ЛИТЕРАТУРА

Берлина Н. С., К вопросу о так называемой отечной болезни (неопубликованная работа, доложена на госпитальной конференции, нюнь, 1942). — Бергман, Учебник внутренних болезней, 1938. —■ Букин В. Н., Витамины, 1941. — Вершбо-Л о в и ч, Динамика пировиноградной кислоты и каталазы у больных алиментарной дистрофией (неопубликованная работа, доложена на фронтовой конференции, г. Чита, октябрь 1944). — Гебер, Физиология человека. — Гис В., Авитаминозы и родственные болезни, 1926. — Ефремов, Пеллагра, 1934. — Его же, Важнейшие авитаминозы человека, 1939. — Его же, Авитаминоз и гиповитаминоз С, 1942. — Кузнецов А. В., Особенности кровообращения у больных с нарушением общего питания (неопубликованная работа доложена на фронтовой конференции, г. Чита, октябрь 1944) — Капланский С. Я., Замаоаева А., Каяла некая С. и Свердлова П., Влияние витамина В, на обмен веществ и его применение для терапии поражений периферической нервной системы, Невропатология и психиатрия, № 6, 1942. — Ланг Г. Ф., Учебник внутренних болезней, 1941. — Лаврентьев В. И„ Морфологические данные к вопросу о чувствительности внутренних органов, Советская медицина, № 8, 1944. — Лурье 3. И., Поражение нервной системы при авитаминозах. Клиническая медицина, № 4, 1940. — Могнл ьннцкий В., Заболевание вегетативной нервной системы в военное время, Медицинский работник. № 34, 1944. — Пииес Л. Я., Анатомия вегетативных центров, 1936. —■ Труды <5-го пленума Ученого медицинского совета (доклады Гольштейн, Давиденко С, Н., Молчанова, Гинсбург, Андреева м др.). — Эдди и Дальдорф (ЕсМу апб ОаПбогГ), Авитаминозы, 1937. —• Черкес Л. А., Проблема гиповитаминозов, Клиническая медицина, № 4, 1940, — Сепп Е. К., Учебник нервных болезней, 1939. — Энциклопедия большая медицинская, тт. I и V, статья Палладина. — Э и д и-нов М. В., Неврологические симптомы при раневом сепсисе, Клиническая медицина. М 8, 1944,

★

Полковник адм. службы П В. АБРАМОВ

ИНСТРУКЦИЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ помощи РАНЕНЫМ НА ФРОНТЕ[1]

(Из опыта первой мировой войны 1914—1917 гг.)

В ходе первой мировой войны 1914—1917 гг. в отдельных звеньях санитарной службы русской армии постепенно накапливался значительный практический опыт по оказанию медицинской помощи, эвакуации и лечению раненых. С момента включения в систему лечебно-эвакуационного аппарата санитарных учреждений общественных организаций начали вноситься более живые методы и формы работы на фронте; передовые хирургические идеи, выдвигавшиеся крупнейшими русскими хирургами, работавшими на фронте, хотя и с трудом, но все же пробивали себе путь сквозь рутину и консерватизм военного ведомства. Рост хирургической мысли, улучшение организации хирургической помощи и системы эвакуации происходили, однако, разрозненно и по-разному в каждой армии, на каждом фронте. Это было следствием отсутствия в русской армии единого руководящего органа санитарной службы, который объединял бы деятельность ее на театре военных действий.

Наиболее полную попытку обобщения накопившегося в ходе войны опыта мы находим в «Инструкции по организации хирургической помощи раненым на фронте». Эта инструкция за подписью врид начальника штаба верховного главнокомандующего генерала Гурко и состоявшего в распоряжении верховного главнокомандующего лейб-хирурга академика Вельяминова была издана в 1917 г. В армии она попала фактически к концу войны и поэтому не была полностью осуществлена. Но она явилась официальным отражением в сводном виде разрозненного опыта, отдельных положительных решений и действий санитарной службы в боях и операциях за более чем двухлетний период войны. Надо заметить, что инструкция во всех своих разделах основывалась на реальных возможностях и ресурсах, которые имелись к тому времени в распоряжении санитарной службы ,и общественных организаций. Поскольку она исходила от штаба верховного главнокомандующего, она тем самым являлась обязательной к исполнению для всех армий и фронтов. На ее основе приступлено было к разработке новых и к перестройке ранее составленных лечебно-эвакуационных планов в армиях и фронтах. Значение ее важно с точки зрения исторической и потому, что она представляет собой значительный этап в развитии организационно-тактической мысли санитарной службы русской армии.

Инструкция не затрагивала узко специальных вопросов, касающихся самых методов техники хирургических вмешательств, а устанавливала организационные положения, систему основных лечебно-эвакуационных учреждений, предназначавшихся для оказания помощи и лечения раненых, определяла важнейшие требования, которые должны быть предъявлены при эвакуации раненых. Помимо освещения организационных

* Центральный государственный военно-иетэрпческий архив, фонд 2054, дело Л 205, ля. 563 и последующие

вопросов, инструкция дает возможность судить о реальных хирургических кадрах, о госпитальных ресурсах *и* санитарном транспорте, которыми располагала к тому времени санитарная служба русской армии в войсковом и армейском районах.

Важнейшее положение этой инструкции по районам эвакуации можно кратко представить в следующем виде (рисунок).

Полковой район

Благоприятное течение ран в значительной мере зависит от своевременной и правильной подачи первоначальной помощи раненым на линии огня, т. е. от умелой первой перевязки.

Первая перевязка производится самим раненым или его товарищем или санитарами-носильщиками и росными фельдшерами. Отсюда задача: «Заботиться об ознакомлении фельдшеров и нижних чинов с правильным использованием индивидуальных пакетов». При обучении кизшего медицинского персонала рекомендовалось «пользоваться преимущественно практическими занятиями; избегая теоретическое преподавание, иметь в виду, что от этого персонала требуется только: а) временная остановка кровотечения жгутом; б) возможно чистая перевязка раны (подчеркнуто в подлиннике. — П. А.); в) временная иммобилизация переломов лубками; г) бережная переноска раненых до ближайшего перевязочного пункта».

Полковые перевязочные пункты в позиционной войне требовалось располагать в специальных блиндажах или в укрытых зданиях; при устройстве перевязочной обвешивать стены и потолкн чистыми влажными простынями, а полы (особенно земляные) накрывать увлажненными брезентами. При очень растянутом фронте полка устраивать 2—3 полковых перевязочных пункта или пользоваться «летучками», выделяемыми из передовых отрядов частных организаций.

Стерильный перевязочный материал на этих пунктах иметь в дробных количествах, в пакетах или иметь биксы для хранения дробного же перевязочного материала, подвергнутого стерилизации в перевязочных отрядах дивизии. Особо подчеркивалась необходимость заботы о снабжении хирургическими перчатками и шинами, табельными и импровизированными. «Ни в коем случае не допускать перевозку раненых с переломами костей и ранениями суставов без иммобилизирующих повязок».

Для освещения перевязочных пунктов рекомендовались спирто-калильные лампы.

Район дивизионных перевязочных отрядов

Дивизионные перевязочные отряды служат главными перевязочными пунктами, представляющими собой первый этап для более серьезной хирургической помощи и сортировки раненых. Главные перевязочные пункты располагаются вне линии обстрела на расстоянии 5—8 верст от окопов, не ближе полверсты от батарей. Помещения — шатры, имеющиеся здания, в крайнем случае землянки, при позиционной войне желательно хотя бы частичное размещение в фанерных или других бараках. Главный перевязочный пункт должен иметь более благоустроенные перевязочную и операционную с отдельным помещением для раздевания н мытья раненых; на пункте должно быть не менее трех столов для производства операций и перевязок. «Для подачи помощи более тяжелым раненым и производства операций в каждом перевязочном отряде должно было быть не менее одного хирурга». В позиционной войне обстановка в перевязочном отряде должна была приближаться к обстановке лечебного заведения. Оборудование: кровати или по

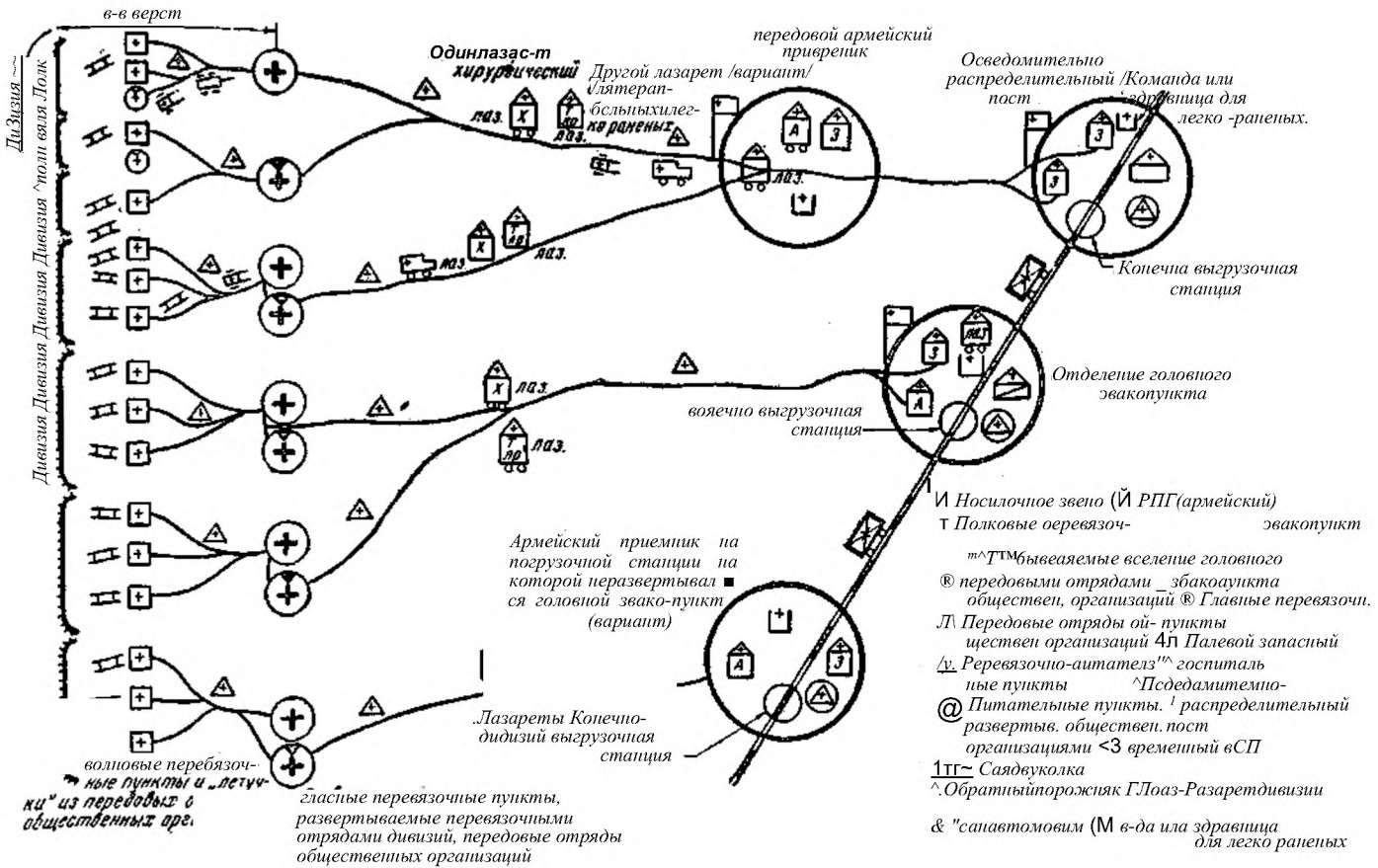


Схема лечебно-эвакуационного обеспечения войск в русской армии, усгановиниая в 1Ы/ г- согласно .Инс1рукцни „о организации хирургической помощи раневым на фронте". Издание 1917 года. (Центральный военно-исторический архив, фонд 2од4, дело 2115, лл обз и последующие.)

крайней мере носилки, поставленные на подставки вышиной около аршина; для легко раненых — нары. Иметь автоклав обязательно. Перевязочный отряд должен снабжать стерильным перевязочным материалом полковые перевязочные пункты. Одной из главнейших задач пункта следует считать сортировку раненых. При сортировке предусматривалась следующая группировка раненых:

1) легко раненые и могущие следовать дальше пешком после получения пищи и чая и перемены повязки, если в ней была необходимость,, отправлялись командами в ближайший тыл (в дивизионный лазарет или на головной эвакуационный пункт);

2) раненые, могущие выздороветь в течение нескольких дней, направляются командами в обозы 2-го разряда своих полков, где подлежат лечению под наблюдением одного из младших -полковых врачей;

3) остальные раненые подразделялись на следующие подгруппы? а) безнадежные, б) требующие немедленной оперативной помощи, в) все не подлежащие эвакуации, г) те, которые могут перенести транспортировку.

Последняя подгруппа «по смене повязок и тщательной иммобилизации переломов и ранений суставов, а также после получения пищи и чая немедленно эвакуируется в ближайший тыл». На всех эвакуируемых (в том числе и легко раненых) должна была заполняться индивидуальная регистрационная карточка.

«Как правило, на главном перевязочном пункте должны производиться только те операции, кои будут признаны неотложными» (подчеркнуто в подлиннике).

«Должны быть оставлены в перевязочном отряде по возможности дольше раненные в живот и таз, а также раненные в череп с мозговыми явлениями. При позиционной войне и при удовлетворительной обстановке главного перевязочного пункта такие раненые могут быть подвергнуты здесь операциям и задерживаться до тех пор, пока опасность транспортировки для них миновала».

«Крайне желательно уже на главном перевязочном пункте производить по возможности всем раненым, а загрязненным обязательно, профилактические впрыскивания противостолбнячной сыворотки». При перевязочном отряде рекомендовалось иметь некоторый запас белья, теплых вещей и одеял для снабжения в случае надобности транспортируемых раненых. В связи с происходившим увеличением имущества перевязочного отряда указывалось на возможность перевозки его не сразу, а в два-три приема. На команды носильщиков, помимо их прямых обязанностей, возлагалось «в межбоевое время устройство земляных валов вокруг шатров, постройка блиндажей и обкладывание стен занятых отрядом строений мешками с землей для предохранения раненых от дальнейшего ранения осколками бомб с аэропланов. Работы эти должны производиться под руководством инструкторов, коих следует испрашивать у корпусных инженеров».

Для каждой дивизии было установлено обязательное придание в помощь перевязочному отряду передового отряда одной из общественных организаций. При небольшом фронте дивизии этот передовой отряд мог располагаться рядом с перевязочным отрядом дивизии, усиливая последний лечебными и транспортными средствами и медицинским персоналом. При растянутом фронте передовой отряд общественных организаций располагался «на одной высоте» с перевязочным отрядом, на других путях; дивизия, таким образом, обеспечивалась двумя главными перевязочными пунктами. «Крайне важно, чтобы перевязочный отряд дивизии и передовой отряд частных организаций работали согласно, пополняя друг друга во всех отношениях и ни в коем случае не конкурировали друг с другом».

Район лазаретов дивизии и армейских приемников

«Из двух лазаретов дивизии один должен быть специально оборудован для приема хирургических больных, особенно требующих оперативной помощи, и с этой целью непременно располагать хирургом, другой — предназначается для терапевтических больных и легко раненых, требующих только простейшей перевязки».

«Лазареты дивизии располагаются на путях эвакуации между главным перевязочным пунктом и погрузочной станцией или головным эвакуационным пунктом; однако желательно, чтобы часть лазаретов совместно с частью армейских полевых подвижных госпиталей составляла группу лечебных заведений, которая служила бы большим передовым приемником впереди погрузочной станции для предупреждения перегрузки последней. Армейские полевые подвижные госпитали так же, как и лазареты дивизии, должны специализироваться для подачи помощи разного рода больным — хирургическим, терапевтическим и острозаразным, причем с этой целью должен быть подобран в них и медицинский персонал, должно быть соответственно составлено и оборудование их. Запасные полевые госпитали, приданные армии, должны располагаться в районах головного эвакуационного пункта и между последним и тыловым эвакуационным пунктом; служить они должны главным образом для лечения легко раненых и терапевтических больных, кои могут вскоре вернуться в строй».

Эвакуация раненых из армейского района до погрузочной станции или до головного эвакуационного пункта

Вывоз раненых должен был производиться:

а) с полковых перевязочных пунктов в перевязочные отряды дивизий— на санитарных повозках полков (двуколки и обывательские повозки) и на двуколках передовых отрядов частных организаций «в крайности и на повозках перевязочных отрядов»;

б) с' главных перевязочных пунктов в лазареты — преимущественно на повозках и двуколках перевязочного отряда и передовых отрядов частных организаций, а при недостатке — на приданном дивизии санитарном транспорте; в крайности для перевозки не тяжело раненых рекомендовалось пользоваться порожними интендантскими транспортными средствами н реквизированными или нанятыми обывательскими подводами;

в) из лазаретов в госпитали, на погрузочную железнодорожную станцию или на головной эвакуационный пункт санитарными транспортами и санитарными автомобильными колоннами из резерва санитарного отдела штаба армии.

Количество санитарного транспорта, которое должно быть для выполнения указанных задач: а) в полку — 8 санитарных двуколок, б) в перевязочном отряде дивизии — 20 санитарных двуколок, в) в дивизии — один приданный военно-санитарный транспорт в составе 50 двуколок или санитарный транспорт общественных организаций, г) в резерве санитарного отдела штаба армии — конио-военно-санитарные транспорты или транспорты общественных организаций из расчета один на каждую дивизию, кроме того, передовые отряды общественных организаций в санитарные автомобильные колонны — по числу корпусов в армии.

Раненные в брюшную полость и таз должны были транспортироваться до перевязочных отрядов дивизий на ручных носилках, на вьючных носилках или на колесных носилках. Вьючные носилки для этой цели рекомендовалось устраивать своими .средствами, а лошадей для них впрягать из санитарных повозок. Очень удобными считались колесные носилки Общества Красного креста, построенные при помощи двух ве-

лосипедных колес, двух рессор, рамы и простых носилок, поставленных на рамы.

Для эвакуации раненых требовалось широкое использование полевых узкоколейных дорог там, где они были построены. Для этого предписывалось специальное оборудование «некоторого количества вагонеток» и приспособление обычных вагонеток из-под артиллерийских и интендантских грузов, для чего необходим был запас тюфяков, одеял,, «а если возможно, то и брезента».

На зиму в неотъемлемую принадлежность каждой единицы санитарного транспорта (повозка, двуколка, автомобиль, вагонетки) должны были входить одеяла или тулупы по числу мест, чехлы и грелки. При санитарных отделах штабов армий предписывалось создавать «запас теплых вещей и тюфяков для пополнения существующих транспортов **и для** снабжения импровизированных транспортов».

«Все пути эвакуации должны быть снабжены указками или флажками с красным крестом, указывающими дорогу на ближайший санитарный этап, начиная с боевой линии до погрузочной станции или головного эвакуационного пункта». Санитарным отделам штабов армии вменялось в обязанность изучение дорог и составление «общего плана эвакуации раненых из корпусных и армейского районов по указанию начальника штаба армии и по соглашению с корпусными штабами. С этим планом своевременно должны быть ознакомлены корпусные и дивизионные врачи». Санитарный отдел штаба армии обязан был «входить в сношение с представителями общественных организаций о расположении по путям эвакуации в армейском районе достаточного количества питательных и чайных пунктов».

Для обеспечения связи считалось необходимым:

а) установление телефонной связи дивизионного перевязочного **от**ряда с полковыми перевязочными пунктами, с передовым и главным армейским приемником или головным эвакуационным пунктом;

б) выделение штабом армии в распоряжение санитарного отдел» штаба армии двух мотоциклов и четырех ординарцев.

Эвакуация раненых с погрузочных станции до головного эвакуационного пункта

На тех погрузочных станциях, на которых почему-либо не развертывался головной эвакуационный пункт или его отделение, распоряжением санитарного отдела штаба армии из армейских госпиталей должен был быть оборудован армейский приемник (по образцу головного эвакуационного пункта) и подготовлено формирование временных санитарных поездов (кадры, подстилочная солома). Для организации питания раненых на таких погрузочных станциях должны были быть развернуты «мощные перевязочно-питательные пункты» по согласованию с общественными организациями. В случае недостачи оборудованных временных санитарных поездов санитарный отдел штаба армии должен был подготовить запас печей с трубами и сетками, полевых кухонь кавалерийского образца, тюфяков, одеял, теплых вещей и предметов ухода. Этот запас должен был быть использован «для быстрого сформирования поездов-летучек из порожних вагонов, возвращаемых в тыл». В один из вагонов в поезде-летучке обязательно должны быть установлены полевые кухни. Для обслуживания таких поездов к санитарному отделу прикомандировывалась команда запасных санитаров по распоряжению штаба армии.

«Для помещения госпиталей армейского приемника при недостатке строений санитарные отделы штабов армий должны своевременно озаботиться получением от интендантства, санитарной части фронта или **от** общественных организаций нужного числа шатров или фанерных и **дру-**

гих бараков. При возможности в местах таких приемников заботами армии, санитарной части фронта или частными организациями могут **быть** построены легкие бараки упрощенного типа. Для перевозки раненых из госпиталей на железнодорожную станцию и обратно в армейских приемниках и на головных эвакуационных пунктах должны иметься перевязочные средства в виде конного транспорта или нескольких автомоби**лей** общественных организаций.

. Во время интенсивных боев, вблизи больших армейских приемников **и** головных эвакуационных пунктов, на больших дорогах, по которым идет подвоз раненых с фронта, организовать осведомительно-распределительные посты для направления проходящих санитарных транспортов в соответственные госпитали. На постах этих иметь дежурного вра**ча,** осведомляемого по специальному телефону об имеющемся в госпиталях числе свободных мест. Санитарные транспорты с означенных постов направлять при проводниках для указания пути и места расположения госпиталей».

Призрение и лечение легко раненых

«Легко раненые не должны ни в коем случае эвакуироваться в тыл далее тыловых эвакуационных пунктов. Для лечения и призрения легко раненых в районах армий, головных и тыловых эвакуационных пунктов должны устраиваться при развернутых здесь запасных госпиталях команды или здравницы (санатории) для легко раненых, по точному образцу команд для выздоравливающих. Для контроля за правильным лечением здесь легко раненых должны быть командируемы специально особые хирурги, на обязанности которых лежит периодическое посещение команд или санаторий и организация правильного в хирургическом отношении лечения этого рода раненых».

Особое внимание уделялось организации контроля за движением легко раненых: направление легко раненых на погрузочную станцию обязательно при именных списках, наблюдение за следованием команд легко раненых со стороны комендантов корпусных штабов и. армейских этапных комендантов и военно-полицейских команд, поверка комендантами на погрузочной станции списков легко раненых, назначение в распоряжение коменданта железнодорожной станции людей из военно-полицейских команд для поддержания порядка, отправление легко раненых в отдельных временно санитарных поездах (лишь в исключительных случаях допускалась прицепка к общим временным санитарным поездам отдельных вагонов с легко ранеными). «На начальников тыловых эвакуационных пунктов и на комендантов станций, где такие пункты располагаются, возлагается обязанность принимать все меры для предупреждения просачивания легко раненых в тыл».

Во всех частях должно было быть объявлено в приказах о том, что уезжающие самовольно в тыл, минуя эвакуационные пункты, легко раненые нижние чины будут считаться в бегах и предаваться военно-полевому суду. Легко раненым, отправляемым командами, должно было быть подтверждено, что не оказавшиеся по списку будут считаться самовольно отлучившимися и будут судимы по закону.

Повторительные курсы для врачей по полевой хирургии

«Ввиду наличности в армиях и лечебных заведениях фронтов большого количества зауряд-зрачей и врачей, не занимавшихся раньше хирургией вообще, а тем более не знакомых с требованиями полевой хирургии, крайне необходимо в периоды затишья организовать для таких врачей на фронте повторительные курсы и беседы по полевой хирургии. С этой целью следует совместными заботами начальников санитарной

части фронтов и начальников санитарных отделов штабов армий, под ближайшим руководством хирургов армий:

а) избрать в санитарных базах ближайшего тыла и в армейских районах по одному хорошо оборудованному в хирургическом отношении госпиталю, располагающему опытным хирургом (преимущественно из учебного персонала медицинских факультетов или Военно-медицинской академии); в этом госпитале иметь обширную операционную и перевязочную, вмещающие 20—30 слушателей. К этим госпиталям прикомандировывать на 6 недель врачей, с которыми хирургу госпиталя вести клинические занятия по полевой хирургии, демонстрируя методику лечения огнестрельных ран;

б) обязать хирургов этих избранных для учебных целей госпиталей или командированных в эти госпитали известных специалистов по хирургии (приват-доцентов, профессоров хирургии, опытных госпитальных хирургов) прочитать собранным врачам краткие, сжатые теоретические курсы полевой хирургии. Курсы эти, вмещаемые в несколько лекций, должны носить главным образом инструктивный характер и не загромождаться изложением научных теорий;

в) организовать такие же курсы при помощи приглашенных профессоров в госпитальных центрах тыла, как, например, в Киеве, Минске, Полоцке, Пскове и т. п.».

Для целей подготовки врачей в области полевой хирургии предлагалось также:

а) при санитарных отделах штабов армий организовать периодические съезды врачей данной армии для взаимного обсуждения выдвигаемых жизненных вопросов научного характера;

б) управлениям санитарной части фронтов и санитарным отделам штабов армий издавать при помощи специалистов инструкции и наставления по полевой хирургии.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941 — 1945) (Продолжение) [1]

8. РАНЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Заблудовский А. М., К лечению вяло заживающих раневых поверхностей, * кн. Лечение длительно не заживающих ран мягких тканей, М., стр. 37—40, 1944.

Заблудовский А. М., К лечению ран в условиях эвакогоспиталя, Фельдшер в акушерка, 4, 1942.

Загородный П. Е., Бальзамы при лечении инфицированных ран, ВСД, 5-6, 1943.

Заметки по военно-полевой хирургии, под ред. С. С. Юдина, М,—Л., Медгиз, 132 стр., 1941.

Зарубин С. А., К вопросу о лечении ран хлорацидом, Хирургия, 6—7, 1941.

Зверев А. Ф., Клинические наблюдения над применением моносепта при лечении огнестрельных процессов. Реферат, Хирургия, 2, 1944.

Зверев А. Ф., Лечение острогнойных хирургических заболеваний сухим бактериофагом, Предварительное сообщение. Хирургия, 9, 1944.

Зильберман И. С, и Бябликова К- С,, О фаготерапии гнойных процессов, В кн. Сборник работ по военно-полевой и общей хирургии, посвященной 30-летию деятельности проф. А. В. Смирнова, Л., стр. 52—58, 1944.

Иванов Б. А., Раны и их лечение (основная отечественная литература за 1939—1941 гг.), Госпитальное дело, 7—8, 1944.

И в а н ю ш к и н А. Г„ Лечение огнестрельных ран хлорацидом, в кн. Труды Воен но-медицин с кой академии, т. 29, Л., стр. 32—40, 1941; ВСД, 4, 1941.

Ильин-Какуев Б. И., Витамины и лечение ран. Здравоохранение Казахстана. 5, 1942.

Ильченко П. Я., Лечение огнестрельных ран озвученной эмульсией стрептоцида в войсковом и армейском районах, ВСД, 2—3, 1943.

Ильченко П. Я., О применении в армейском районе отсроченных первичных и вторичных шво® на огнестрельные раяы, Хирургия, 7, 1944.

Иоффе И. С., К вопросу о рациональном использовании сульфаниламидных препаратов в клинической -медицине и их местном применении в хирургии, Военно-морской врач, 4, 1944.

Исаев В. В., Раны и их лечение, Наука и жизнь, 10, 1944.

Исследованне микрофлоры ран и ее динамика в цнтограммах раневого экссудата, Госпитальное дело, 7—8, 1944.

К ав едкие Н. Е. и Р. Е„ Применение антиретикулярной цитотоксической сыворотки для некоторых внутренних заболеваний и боевых травмах, в кн. О лечебном действии антиретикулярной цитотоксической сыворотки «АЦС», Тезисы докладов, Уфа, стр. 80—81, 1942.

К комплексной терапии огнестрельных остеомиэлитов и вяло текущих гнойных ран. Сообщение 1-е, Михайлов М. П. и др.. Сравнительная эффективность леченая физическими методами, Медицинский бюллетень Иркутского медицинского института, 7, 1944.

Каганович, Солу и, Соколенко, Клинические наблюдения над действием антиретикулярной цитотоксической сыворотки при лечении огнестрельных повреждений, в кн. О лечебном действии антиретикулярной цитотоксической сыворотки «АЦС», Тезисы докладов, Уфа, стр. 64—65, 1942.

Кадыров И. Г., Опыт применения антиретикулярной цитотоксической сыворотки акад. А, А. Богомольца для лечения ран в условиях тылового эвакогоспиталя, в кн. О лечебном действии антиретикулярной цитотоксической сыворотки «АЦС», Тезисы докладов, Уфа. стр. 51—54, 1942.

Кадыров И. Г., Опыт применения антиретикулярной цитотоксической сыворотки прн лечении огнестрельных ран н мягких тканей, в кн. Сборник научных тру-

* См. ВМЖ. № 1, 1947 г.

дов Башкирского государственного медицинского института, т. 5, Уфа, стр. 36—39, 1943.

Казакевич И. Е., Особенности течения ран у цинготных больных, в кн. Сборник научных работ института за год Отечественной войны, Л„ стр. 248—250, 1942 (Ленинградский институт усовершенствования врачей имени С. М. Кирова); Работа ленинградских врачей, в. 2, Л., стр. 64—70, 1942.

Казаков, О наблюдении за действием озвученной эмульсии стрептоцида в рыбьем жире с целью профилактики раневой инфекции, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 2, М., стр. 71—81, 1943.

К а л м а и о в с к и й С. М. и Крохина Ф. И., Иссечение рубцов и язв после ■огнестрельных ранений, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 10, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

К а л ь ф а С. Ф., Лечение консервированными тканями по Филатову при военных повреждениях, в кн. Труды Оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 107—112, 1942.

Калинин А. М., Ацидофильные микробы, их диференнировка я значение для профилактики и терапии в свете явлений диссоциации, в кн. Сборник научных работ института за 2-й год Отечественной войны, Л., стр. 150—157, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей имени С. М. Кирова).

Капица Л. М. и К У н ц м а н Е. С., О фаготерапии гнойных хирургических заболеваний, в кн. Сборник научных трудов, в. 2, Л., стр. 147—156, 1942 (Ленинградский красноармейский военный госпиталь). Библиогр.

Каплан А. Я., Лечение гнойных ран искусственным желудочным соком, Клиническая медицина, 3, 1941.

К а рта вин В. А. и др., К вопросу дренирования ран под гипсовой повязкой, Хирургия, 7, 1945.

К а рташев с к и й Н. Г., К -вопросу о лечении травматической отслойки кожи, в кн. Труды Владивостокского военного морского госпиталя, Л., стр. 19—23, 1941. Библиогр.

Кедровский Б. В., Нуклеиновые кислоты клеточной протоплазмы, их значение для роста и развития и их роль в заживлении ран, в кн. Успехи современной биологии, т. XV, в. 3, М., стр. 283—294. 1942. Библиогр.

Керопиан К., Лечение инфицированных ран, в кн. Бантов, «Лечение ожогов и отморожений», Краснодар, 60 стр. с илл., 1941 (Краснодарский крайздравотдел. В помощь врачу эвакогоспиталя, № 2).

Кир и к М. Ф., Вторичный шов гнойных ран. Советская медицина, 21—22, 1941.

Кириллов Б. П. и Толстоухова Л. И., Применение стрепта.тя при лечении ран военного времени, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 73—77, 1943.

К л и м у р и о С. Ф., Лечение свищей на почве веудаленных металлических осколков, в кн. Военно-морской медицинский сборник, в. 3, Л., стр. 44—49, 1945.

К о б ы д а к В. Г., К вопросу об иссечении послераневых рубцов и длительно не заживающих ран мягких тканей, Госпитальное дело, 4, 1943.

Кованое В. В., Применение свежей крови животных при лечении тяжело раненых и больных, ВМЖ. ноябрь—декабрь, 1944.

Кова нов В. В. и Каменская А. С.. Клиника и микрофлора гнойных процессов, леченных бактериофагом, Советская медицина, 9, 1941.

Ковальский В. В„ Палладина Л. И. и др., Влияние водных экстрактов из консервированной трупной кожи на заживление ран, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 204—208, 1943 (Среднеазиатский военный округ).

Ковтуновнч Г. П., Хирургическая обработка ран под руководством индикатора бромтемолблау, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 3, 1941.

Коган И. С„ Анта ретикулярная цитотоксическая сыворотка акад. А. А. Богомольна при лечении военных травм п их гнойных осложнений, Госпитальное дело, 7—8, 1944.

Коган И. С., Анти ретикулярная цитотоксическая сыворотка акад. А. А. Богомольца при лечении военных травм и их гнойно-септи чес к их осложнений, и кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 197—110. 1943.

Коган И. С., Иммунобиологическая двуфазность в течении раневой инфекции, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 4, 1941.

Коган И. С., Иммунотрансфузин как фактор терапии и стимуляция при лечении инфицированных ран и острсгночных инфекций, Врачебное дело, 3—4, 1945.

Коган И. С., Опыт лечения инфицированных ран цинк-перокснд0а, в кн. Труды эвакогоспиталей Ленинграда, № I, Л., стр. 3С—33, 1942; Сборник научных работ института за год Отечественной войны. Л., стр. 35—38, 1942 (Государственный институт усовершенствования врачей имени С. М. Кирова).

Коган И. С., Опыт применения антиретикуляркой цитотоксической сыворотка Богомольца с -учетом индивидуальной реакции раненых, Врачебное дело, декабрь 1941.

Коган И. С., Современные средства лечения ран, М., 54 стр., 1943.

Коганов А, С„ Лечение длительно не заживающих ран мягких тканей, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 3, Свердловск, стр. 65—77, 1944 ■(Материалы научных работ эвакогоспиталей УралВО).

Кокин Г. Л., Применение бактериофагов в хирургии, Советская медицина. 9, 1941.

Кокин Г. А., Применение бактериофага в хирургическом отделении больницы им. Остроумова в Москве, Советская медицина, 9, 1941.

Кокин М, К-, Туник Г. С. и др., К вопросу о местной витаминизации ран. Предварительное сообщение, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП 50 м лечебных учреждений армии, № I, Л., стр. 40—45, 1942. Библиогр.

Коленко Н. А„ Лечение плохо заживающих ран изогемотерапвей, в кн. Труды 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества, Ашхабад, стр. 44—46, 1944.

Коленко Н. А., Лечение плохо заживающих ран лейкопластырем, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 210—213, 1942.

Коленко Н. А., Остеомизлиты плоских костей по материалам К-ского эвакогоспиталя, в кн. Труды 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества, Ашхабад, стр. 16—21, 1944.

К о л о д н е р И. Б., Опыт лечения инфицированных ран цинком и магний-пероксидом в эксперименте и клинике, в кн. Сборник научных работ института за год Отечественной войны, Л., стр. 31—43, 1942 (Ленинградский институт усовершенствования врачей имени С. М. Кирова); Труды эвакогоспиталей системы ФЭП 50 и лечебных учреждений армий, № 1, Л„ стр, 34—40, 1942.

Колпаков Г. А., Лечебная пересадка консервированной кожи кролика, Хирургия, 7, 1942.

Комарчева А. Г., Витаминотерапия ран, Фельдшер и акушерка, 9, 1941.

Коноплева А. К- и Кудрявцев А. И., Лечение ран моносептом. Советская медицина, 1—2, 1944.

Конференция по лечению ран в военно-меди цине кой академии жмени С. М. Кирова 15—16 .января 1943 г., ВСД, 8—9, 1943.

Копылов Ф. А.. О длительно не заживающих ранах, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП 50 и лечебных учреждений армий. № 9, Л., стр. 57—66, 1943.

Корнев Н. Г. и Геликонова В. С., Лечение ран углекинсом, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП 50 и лечебных учреждений армий, № 5—6, Л., ■стр. 53—67, 1943 (Военио-санитарное управление Ленинградского фронта).

Коровин А. С., Опыт вторичной обработки огнестрельных ранений, Военно-морской врач, 2, 1944.

Коротков В. М.,Лечение ран сульфидином. Хирургия, 4. 1943;в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 66—72, 1942.

Котлубаева, О применении сыворотки акад. А, А. Богомольца (при огнестрельных переломах костей и ранах мягких тканей), в кн. О лечебном действии антиретикулярной цитотоксической сыворотки «АКС», Уфа, стр, 42—43, 1942.

Кошелева В. П., Цинк-кленн-крахмаль.чые повязки при лечении вяло заживающих рай голени, в кн. Вопросы хирургии войны, желудочной хирургии и урология, Горький, стр, 234—237, 1942,

Крамаров И. А„ Морфология огнестрельной раны как основа рационального лечения ее. Хирургия, 7, 1944.

Красильников Н. А., Влияние лечебных препаратов на микрофлору ран. Журнал микробиологии, эпидемиологии я иммунобиологии, 9, 1944.

Краснов Д, А., Нервно-психические реакции и их симптома дологическое значение при раневых осложнениях и других соматогенных нарушениях, Клиническая медицина, 21, 1—2, 1943.

Краузе Н. И., Заживление рай как проблема рубца, в кн. Труды госпиталей ПриВО, 1, Куйбышев, стр. 36—46, 1944.

Краузе Н. И., О механизме заживления гранулирующих ран, Хирургия, 10, 1942.

Краузе Н. И., От проблемы безвредности поверхностной химической антисептики к тканевой терапии, Из переписки и бесед с акад. С. И. Спасокукоцким, Хирургия, 10, 1944.

Краузе Н. И., Борьба с рубцом — в центре внимания при лечении ран, ВСД, 11—12, 1943.

К р е л ь Е, И., Сравнительная оценка ведения послеоперационной раны при повязочном и бесповязочном способе лечения, Советское здравоохранение Туркмении. 4—5, 1942.

Криворотоэ И. А., О глухой гипсовой повязке при переломах костей и о лечении ран мягких тканей глухими гипсовыми футлярами, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в, I, М., стр. 39—42, 1944 (ГВСУ Красней Армии).

Кривицкий Я. М-, Материалы к -вопросу о лечении ран бактериофагом, Хирургия, 6, 1944.

Крисс А. Е., Рябцева 3. С. и др., Фагии— комплексный препарат дчя лечения инфицированных ран с хроническим течением, Бюллетень экспериментальное биологии и медицины, 18. 9, 1944.

Крохина Ф. И., Антиретикулярная цитотоксическая сыворотка по акад. Богомольцу при военной травме, в кн. О лечебном действии антиретнкулярной цитотоксической сыворотки («АЦО). Тезисы докладов, Уфа, стр. 69, 1942.

Кузьминых А. А., Влияние живых чужеродных лейкоцитов на заживление ран. Реферат, в кн. Лечение ран и физиотерапия сельскохозяйственных животных» М., Сельхозгиз, стр. 73—74, 1941.

Кульчицкий Н. А., Применение воды Варенцова моря при обработке и лечении ран, Военно-морской врач, 4, 1944.

Куприянов П. А., О хирургической обработке огнестрельных ран, ВМЖ». 9—10, 1944.

Куприянов П.А.,Принципы обработки огнестрельных ран,Хирургия,6—7,1941-

Кускова К. И., Лечение ранений мягких тканей липким пластырем, Госпитальное дело, 3, 1944.

Кучерова Ф. И., Стимулирующее действие сальника новорожденного, трансплантированного на- раны различного характера, Хирургия, I, 1945.

Ладыженский М. Е., Лечение ран продуктами сухой ■ возгонки соскового дерева (одымление), Госпитальное дело, 10—II, 1944.

Л а з ь к о А. Е., К вопросу о швах гранулирующих ран, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 10—13, 1944 (ГВСУ Красной Армии); Сборник научных трудов эвакогоспиталей И-ского МЭП, б. м.» стр. 23—27, 1944.

Лапшина В. А., Эмбриональная мазь проф. Гольдберга при язвенных поражениях кожи, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 95—100. 1944.

Лапяшенекий В. В., Наблюдение над лечением огнестрельных ран белым., стрептоцидом. Советская медицина, 1, 1943.

Лебедев П. Н. и Каримова 3. Х., Лечение инфицированных рая бактериоцидом и вторичный шов, Советская медицина, 3, 1944.

Лебедева, Итоги лечебного применения антиретнкулярной цитотоксической-сыворотки («АЦС»), в кн. О лечебном действии антиретнкулярной цитотоксической сыворотки («АЦС»), Тезисы докладов, Уфа, стр. 59—60, 1942.

Лебединская С. И., Особенности местной реакции при имплантации тканей консервированных формалином. Хирургия, 4, 1944.

Лебединский П. В., Применение эфирных масел для лечения инфицированных ран, Хирургия, 4, 1944.

Левинсон Л. Б.. Си адо век а я Н. С. И Попова А. В., Цитологическое исследование отделяемого инфицированных ран. Бюллетень экспериментальной биологии н медицины, 17, 4—5, 1944.

Левинсон Л. Б., Белкина Э. Г., Лечение инфицированных ран грамицидином С, Госпитальное дело, 4—5, 1945.

Левинсон Л. Б. и Покровская Д. В., К вопросу о взаимоотношении об щего состояния защитной системы соединительной ткани и местной реакции в ране. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 18, 6, 1944.

Левинсон Л. Б. и Скадовская-Строганова Н. С., Методически? замечания по цитологическому исследованию отделяемого ран, в кн. Санитарная-служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 82—86, 1943.

Л ее неон Б. П., Фаготерапия инфицированных ран и воспалительных заболеваний, в кн. 2-я научная конференция. Тезисы докладов, Куйбышев, стр. 29—31-1941 (Куйбышевская военно-медицин с кая академия).

Лейбзон И. Д.. Лечение длительно не заживающих ран н язе эмульсией сульфамидных -препаратов. Вопросы нейрохирургии, 8, 4, 1944.

Л е й т е с С. М. и др.. Нейрогумора л ьные факторы в патогенезе вяло заживающих ран. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 3, 1944; Хирургия. 3, 1944; Здравоохранение Казахстана, 12, 1943.

Лемберг Д. А., Опыт местного применения сульфидина в хирургии, в кн. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны, е. 4, Л., стр. 24—28, 1943-

Леоненко П. А., Техника наложения позднего шва на раны мягких тканей, в кн. Лечение длительно не заживающих ран мягких тканей, М., стр. 3—9, 194-1: Сборник трудов эвакогоспиталей Московского областного отдела здравоохранения. М.. стр. 154—163. 1944.

Леонтьев, К механизму действия салицилового натрия при ранениях н газовой флегмоНе, в к и. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. I, М., стр. 23—28, 1943 (Санитарное управление Западного фронта),

Л ел и ш инс к а я С. В., Роль живого вещества в. -процессе заживления ран. Наука и жизнь, 7—8, 1944.

Лечение военных ранений, Л., Медгиз, 449 стр., 1945,

Лечение военных ранений препаратами сульфамидов, М.—Л., Медгиз 13! стр., 1941.

Лечение длительно не заживающих рая мягких тканей, М., Медгиз, 4! стр.,. 1944 (Главное управление эвакогоспиталей НКЗдрава СССР).

Лечение инфицированных ран, в ин. Военная медицина за рубежом, М„ Медгиз, стр. 127—141, 1942.

Либо® С. Л., Наблюдения над лечением ранений стрептоцидом, ® кн. Меля-■ци некий сборник, отв. ред. С. Г. Сиверс, в. 1, б. и., стр. 12—14, 1942,

Л я д с к и й А. Т., Лечение замедленных в своем заживлении огнестрельных ранений и остеомиэлитов при них, Вестник хирургии, 62, 3, 1941.

Лидский А. Т. н Тарковская В. Я-, Глухая гипсовая повязка при лечении ранений в тыловых госпиталях, Свердловск, 52 стр. с илл., 1941 (Свердловский медицинский институт. Свердловский областной отдел здравоохранения).

Л и м б е р г А. А„ О' пластике изъянов кожи встречными трехугольными лоску-тами, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 5, 1944.

Л и и б е р г Б. Э., Применение антиретикулярной цитотоксической сыворотки акад. Богомольца при лечении огнестрельных ранений. Госпитальное дело, I, 1943.

Л и и б е р г Б. Э-, Применение цитотоксической антиретикулярной сыворотки, предложенной акад. А. А. Богомольцем, при лечении некоторых ранений и отморожений в тыловом эвакогоспитале, в кн, О лечебном действии антиретикулярной цитотоксической сыворотки («АЦС»), Тезисы докладов, Уфа, стр. 37—40, 1942.

Ли иберг Б. Э., Нейман И. М., Лечебное применение антиретикулярной **ци**тотоксической сыворотки (АЦС) акад. Богомольца при огнестрельных ранениях **в** .других заболеваниях, М., Медгиз, 56 стр., 1944.

Липскнй Я- И., Лечение рай гипертоническим раствором сахара, в кн. Труды Кубанского государственного медицинского института ям. Красной Армии, XII (XXV), Краснодар, стр. 53—70, 1941.

Л и си цнн М. С., Задачи и техника первичной и вторичной хирургической обработки ранений, в кн. Медико-санитарная служба Краснознаменного Балтийского флота. в. 5, М. — Л., стр. 4—6, 1945.

Лобачев С. В., Константы жира промысловых млекопитающих и применение этого жира при лечении некоторых ран. Советская медицина, 10, 1943.

Лубо В. К- и др., Лечение гнойных ран порошкообразной смесью Лубо, Военно-морской врач, 5—6, 1942.

Л **ю** д вн иск а я Б. Ф., УВЧ-терапия инфицированных ран с большим дефектом мягких тканей. Сообщение 2, Физиотерапия, 3—4, 1941.

Ляидерс 3. А., Сближение краев инфицированных ран консервативным способом с целью ускорить сроки заживления, и кн. Труды 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м„ стр. 336—339, 1943.

Л Я пин-До л киски й А. Д„ Опыт применения синтетического бальзама «анилина при огнестрельных ранениях, в кн. Сборник научных работ Киевского окружного военного госпиталя, в. 2, Киев, Госмеднздат, стр. 71—79, 1945.

Магазаник Г. Л., Лечение парафином повреждений военного времени, **б. м.,** Управление МЭП 1-го Прибалтийского фронта, 24 стр., 1945.

Магазаник Г. Л., Торфолечение в госпиталях фронтового и армейского районов, б. м„ Управление МЭП 1-го Прибалтийского фронта, 38 стр., 1945.

Маккавеев Б., Нормальная и лечебные сыворотки как препараты для лечения ран, Ветеринария, 6, 1942.

Маме конский С. Л„ Вторичный шов после иссечения гранулирующих ран, в кн. Сборник работ госпиталей Горьковского облздравотдела, Горький, стр. 84—89, 1944.

Малышева Г. Е., Лечение плодермйческих язв эмбриональной мазью проф. Гольдберга, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 100—105, 1944.

Мамедов 3. М„ К вопросу о применении нафталана при лечении ранений мягких ткапей, Хирургия, 10, 1943.

Маневич А. А. и Пицхелаури Г. 3., Лечение инфицированных ран и язв грамицидином, Хирургия, 11, 1944.

Маркузе К- П., Проблема лечения ран (по данным иностранной литературы **м** 1940 г. и начало 1941 г.), Хирургия, 9—10, 1941.

Мартынов Д. А., Внутриартериальное вливание стрептоцида, Хирургия, 2—3, 1943.

Марцинович М. Р., Лечение инфицированных ран стрептоцидом, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественной войне, Ташкент, стр. 220—226, 1943.

М а с к и н М. С., Случай удал виня из раны неразорвавшей с я мины, ВМЖ, 9—10, 1944.

Матусов М. Б., К допросу о леченни инфицированных ран, *в* кн. Труды Крымского государственного медицинского института им. И. В. Сталина, Севастополь, стр. 87—92, 1941.

Медведев И. Д., О рационализации и применении антисептаческих веществ при лечении инфицированных рай, Ветеринария, 2—3, 1945.

Медведева Т. И., Б род кин а А. В. и Фое Л. П., Материалы о микрофлоре ран, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 199—203, 1943 (Среднеазиатский военный округ).

Медведкова М. М., Вторичные швы при военно-полевых ранениях, в **кд.** Сборник работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 155—157, 1943.

Мельникова 3. Н„ О фаготерапии инфицированных ран, в кн. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей Башкирии, т. 1, в. I, Уфа, стр. 127—134, 1945.

Менделевич И. И. и Фейгивова Ф. И., Лечение раствором медного-купороса длительно не заживающих ран торцовых поверхностей культи, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, стр. 483—-490, 1944.

Мера ное Л. В., Вторичный шов в условиях АГЛР, ВСД, И—12, 1943.

Мжаванадзе Г. А., Эффективность лечения ран кальциевой мазью, в кн. Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 146—148, 1944.

Миловидов В. Е., Сульфамидотерапия в хирургии ран военного времени, в км. Труды госпиталей ПриВО, в. I, Куйбышев, стр. 121—128, 1944.

Милославский М. Я-, Иоднсто-ннородный раствор Р5 в лечении инфицированных ран, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 116—121, 1945.

Минц Г. М., О лечении слепых ранений, Госпитальное дело, 10, 1943.

Мир-Касимов М. А., О бесповязочном лечении чистых операционных ран. Хирургия, 1—2, 1942.

Миро любо в В. М., Некоторые микроскопические данные о регенерации эпителия при лечении ран мазью проф. Гольдберга по материалам эвакогоспиталя (предварительное сообщение), в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 35—37, 1944-Бкблиогр.

Мирзабекян и др., Некоторые результаты бактериологического исследования микрофлоры рам, в кн. Сборник научных трудов, Ереван, стр. 229—231, 1944 (Ереванский медицинский институт).

Митропольский Н. К., Упрощенное кольцо для открытого лечения ран (кольцо из лыка с целлюлоидной покрышкой), Госпитальное дело, 3, 1944.

Митяшнн И. А., Опыт хирургического лечения изъязвляющихся рубцов, незаживающих язв и вяло гранулирующих ран, Молотов, МЭП 44, 5 стр., 1944 (Листок обмена госпитальным опытом, № 23).

Михалева Е. П., Оперативные вмешательства после ранения у больных с открытой формой туберкулеза. Фельдшер и акушерка, 10—11, 1944.

Мих ед ко Н. М., К вопросу о лечении вяло гранулирующих ран эмбриональной эмульсией проф. Гольдберга, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 51—59, 1944.

Михельсон Н. М., Пластические операции при наличии гранулирующих ран. Госпитальное дело, 3, 1944.

М и ш у к Н. Н., О целесообразности ультрафиолетовых облучений при лечении ран с одновременным наружным применением антисептических веществ и мазей. Вестник хирургии им. Грекова, 1—2, 1943.

Мнаца конов К. И., Вторичные швы на гранулирующие раны. Госпитальное дело, 1—2, 1945.

М о в ш о в и ч Р. И., Опыт местного применения шиповника при лечении вяло текущих ран, в кн. Сборник работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 174—176, 1943-

Могил ьн и цк ий Б. Н„ Биохимические и морфологические обоснования лечения огнестрельных ран рентгеновыми лучами, в кн. Рентгенотерапия при огнестрельных ранеииях, М., стр. 5—17, 1945.

Модестов В. К., Использование антисептического индивидуального пакета, импрегнироваиного иодобромной водой для предупреждения ран от нагноения, в кн. Модестов В. К., «Сборник работ по использованию местных ресурсов Молотовской области», Молотов, стр. 17—21, 1943.

Модестов В. К., Использование для лечения ран местных ресурсов Молотовской области, в кн. Модестов В. К- «Сборник работ по использованию местных ресурсов Молотовской области», Молотов, стр. 5—16, 1943.

Модестов В. К., Использование смол и асфальтенов нефти Верх не-Чусовских городков для лечения ран, в кн. Модестов В. К-, «Сборник работ по использованию местных ресурсов Молотовской области», Молотов, стр. 23—37, 1943.

Модестов В. К-, Лечение гнойных ран гипертоническим раствором из кариалнтов и сильвинитов, в кн. Модестов В. «Сборник работ по использованию местных ресурсов Молотовской области», Молотов, стр. 61—63, 1943.

Модестов В. К-, Лечение ран я отморожений и их последствий физио- к бальнеологическими факторами, в км. «Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла», Свердловск, стр. 494—497,1941.

М о л о д о ж и и к о в М. М., Алоэ как раноззжявляющее средство, Бюллетень ио культуре влажных субтропиков, II, 1944.

Москаленко В. В., Опыт клинического наблюдения над лечением ран орошением спирто-модным раствором, Вестник хирург ин им. Грекова, 61, 4, 1941.

Мостков с кий М. И., К вопросу об оценке первичного шва, в кн. Труды 2-й Одесской клинической больницы, в. 4, Одесса, стр. 163—172, 1941.

Мостков скнй М. И., Сульфа ми дотерапия в хирургической практике, в кн. Труды 1-й хирургической конференции М-скоро РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 397—402, 1943.

Мушегян Г. П., О влиянии гетероауксина на заживление ран, в кн. Доклады Академии наук Армянской ССР, Ереван, стр. 151—154, 1945. Бпблиогр.

Мыш В. М-, Сульфамидотерапия огнестрельных повреждений военного времени, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, в. 3, Красноярск, стр. 191—208, 1944.

Мясников С. М„ Новое в лечении инфицированных ран (Предварительное сообщение), в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну. Рефераты, в. I, М., стр. 42—46, 1944 (ГВСУ Красной Армин).

Нагорский П. М., Морфологическая картина заживления ран у экспериментальных животных при лечении различными концентрациями мази ппоф. Гольдберга, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 31—35, 1944. Библиогр.

Нагорский П. М. и др., Экспериментальное изучение действия эмбриональной эмульсии на заживление ран, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр, 20—24, 1944.

Надир И. М„ Применение витамина Кз и викасола для лечения ран, в кн. Витамин К. М., стр. 28—34, 1944.

Назаркин И. Д, К вопросу о лечении инфицированных ран О.КМ., ВСД. 8—9, 1943.

Невядомский М. М., Метафен-стрептоцид для лечения инфицированных ран, ВСД. 1—2, 1942.

Нейман И. М., Цитотоксическая стимуляция тканевой регенерации, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 18, 6, 1944.

Нейман И. М. н Винцентпни К. М., Лечение длительно не заживающих ран гран у лоток сипом. Хирургия, 12, 1942.

Некоторые «тоги применения мази, стимулирующей заживление ран, Госпитальное дело, 8—9, 1942.

Некрасов С. М. и др., Лечение ран околоплодными оболочками и брюшиной животных, в кн. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т, 1, Махач-Кала, стр. 68—71, 1943.

Николаев Г. Ф., К казуистике редких случаев яичных ранений, Хирургия, 2, 1944.

Николаев Г. Ф., Методика капельных подкожных вливаний растворов для лечебных учреждений войсковых и армейских районов, в кн. Материалы 2-го пленума Ученого медицинского совета, М., стр. 63—64. 1944 (1-й Прибалтийский фронт).

Николаева М., Лечение ран и переломов военного времени, е кн. Военная медицина за рубежом, в. 3, М., стр. 3—6, 1944.

Ннсневич Л. М., К применению гетерогенного сальника для лечения рай. Госпитальное дело, И—12, 1942.

Новицкий Д. А., К вопросу о лечении ран мягких тканей пластырными повязками, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну. Рефераты, в. 1, М., стр. 36—38, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Ноткина Б. Е„ О значении отдирающего массажа в лечении вяло гранулирующих ран, в кн. Лечение раненых и больных в эвакогоспиталях ВЦСПС по Узбекистану, Сборник научных трудов, в. I, Ташкент, стр, 65—67, 1945.

Нусиновз А. Б., Лечение ран местным применением гетерогенной крови, в кв. Сборник работ санитарной службы СибВО, в. 2, М„ стр. 167—170, 1943.

О лечении ран ацидофильной пастой и ацидофильной сывороткой, Врачебное дело, 1—2, 1945.

О применении бактериофага при лечении ран, ВСД, 1—2, 1942.

Обухов Н. А. и Готлиб М. М., Лечение длительно не заживающих ран **я** трофических язв пересадкой «трупной кожи, в кн. Сборник научных трудов военно-морских врачей, в. 1, М. — Л., стр. 74—78, 1944.

О веян ник Т. Д. и Савинова Т. В., Клинические и биохимические наблюдения над лечебным действием бикарбоната аммония при лечении инфицированных ран, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 31—36, 1942.

Оглоблин А., Вторичный шов, в кн. Труды госпиталей ПриВО, в. 1, Куйбышев, стр. 28—35, 1944.

Огнев Б. В., Значение цинк-желатиновых повязок при лечении ран и язв конечностей н образование аутобактериофага, Советская медицина, стр. 21—22, 1941.

Огородник Д. И., О лечении ран гипертоническим раствором сернокислой магнезии, в кн. Вопросы хирургии в эвакогоспиталях, Горький, стр. 37—41, 1942.

Од и ш ей л н Г„ Обработка и лечение ран мыльным раствором, Фельдшер я акушерка, 10—11, 1944.

Оливков Б. М., Лечение инфицированных огнестрельных ран, Ветеринария, 9, 1941,

Оливков Б. М., Патология и терапия огнестрельных ран, свежеморфологическнх и биологических изменений, М., Сельхозгиз, 55 стр., 1944; Хирургия, II, 1944.

Опыт лечения гнойных ран н остеомиелитов УВЧ, в кн. Труды Воронежского института физических методов лечения, в. 2, Воронеж, стр. 250—254, 1941.

Опыт лечения ран ультрафиолетовой эритемой, в кн. Труды Воронежского института физических методов лечения, в. 2, Воронеж, стр. 248—249, 1941.

О р л е н к о Ю. Н., Активная хирургическая обработка гранулирующих рай и длительно не заживающих изъязаившихся коллоидных рубцов, Госпитальное дело, 3, 1944.

Орлов Г. А., О вживлении элементов повязки в грануляции ран, Хирургия, 8, 1942.

Орлов И. И., Основы лечения ран. Ташкент, Ташкентский медицинский институт нм. В. М. Молотова, 15 стр., 1941 (В помощь военному врачу).

Осиновсхий В. М., Лечение инфицированных ран масляно-бальзамическими повязками Вишневского, Архив биологических наук, 62, I, 1941.

Островерхое Г. Е., Лечение незаживающих язв, в кн. Сборник научных трудов военно-морских врачей, в. 1, Л., стр. 78—81, 1944.

Паволоцкий Ш. И., Новый метод лечения гнойных ран, Госпитальное дело, 2—3, 1943.

Палладии А. В., Витамин Кз в борьбе с кровоточивостью и при лечении ра«, Советская медицина, 2—3, 1943.

(Продолжение следует)

СОДЕРЖАНИЕ

Приказ Министра Вооруженных Сил СССР Генералиссимуса И. В. Сталина ог 23 февраля 1347 г..... 3

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Майор мед. службы В. К. Баев. 1. Ранение крупных магистральных сосудов в войсковом и армейском районах. 2. К методике хирургического лечения крупных артерио-венозных аневризм..... 5

Подполковник мед. службы Е. Н. Попов. Новая модификация костнопластической ампутации стопы по Пирогову..... 12

Майор мед. службы М. М и р ф а й-зиев. Открытый способ лечения газовой инфекции 15

М-Б. Долгопол. I. Некоторые особенности структуры специализированного госпиталя черепного профиля. 2. О распознавании и лечении легкой черепной травмы на различных этапах эвакуации..... 17

А. В. С н е ж н е в с к и й. Опыт работы фронтового нев-оисихнатркческого госпиталя в Великую отечественную войну.....23

Г. Д. Новинский. О лечении травматических повреждений лицевого нерва по Геймановичу 32

Майор мед. службы М. Г. С у к с о в. Изменения центральной и периферической нервной системы при . алиментарной дистрофин 33

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИНИНЫ

- Полковник адм. службы П. В. Абрамов. Инструкция по организации хирургической помощи раненым на фронте..... 49

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д, М акаров. Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны 19(1—1945 гг. 57

СОМТЕЫТ5

Тйе Огбег о! (йе М1ш$1ег о! Алией Гогсез оЕ Ше 11558 23 Гейги* згу 1917..... з

МЕП1САЕ РБОРНУЕАСТТС ОПЕЗТЮНЗ

Ма]ог оЕ МесНса! ЗепИсе V. К. Ва I е V. 1. \Уоип<15 о! (Не Маш В1оосЬге85е1з 1п (бе Тгоор ап<1 Аплу Агеав. 2. МеШойз оЕ Биг-гса! ТНегару о(Гаг^е АНепо-Уеиоиг А пеигу«ш5..... 5

Пеи(епап(-Со1опе1 оЕ МесЙса! 5ег-У1се Е.'М- Роро у. А Нему МосНйсаНоп оЕ (йе РиОйОУ'Э О$(еор1а$(1с Атри(а(1оп о! 1Ье Роо(.....•..... . . 12

Ма|ог оЕ Меб(са1 8е»у(се М. М I г-1 а 1 з е V. ()реп Ме(йоб о! (Ье Тгеа1теп1 о! (Йе Оазеоив 1о!е-**сОоп..... 15**

М. В. Похорон. 1. 5оте РесиПагШез о! СопвйисНоп о! 8рес|а1ые<1 НозрИз! (ог (Не 8си11-хуоипйед. 2. Оп П(а2поз(в апб ТЬегару оЕ МНс! 5си11 Тгаита а(РИЕеГеп(Рош15 оЕ ЕУасиаНоп 17

А. V. 5 п е} п е V в к Е. ЕхреПепсе 1п (Не ХУогк оЕ (Не Меигор<бсйуа(-пс Но5рна1 1п (Йе Огеа(Ра(г1-обс №г..... 23

О. О. 14 о у I п в к 1. Оп (Не Тйегару о! (йе ТгаитаНс 1п]иг1ез оЕ ра-С1а1 Кегуе АссогЗшд (о Сеутапоу>сй..... 32

Ма|ог оЕ Меб1са1 5егу(се М. <3. Биквоу. Сбап^ев оЕ (Ье Сеп-1га1 ап<1 Рег(рНега1 Ме(Уоив Був-(ет (п (йе Абтетагу Оыгорйу 33

ГРОМ ТНЕ Н/ЗТОРУ ОЕ **17ЛЯ** *МЕ01С1ИЕ*

Со1опе1 оЕ (йе Абт1п(;(га(1уе 5ег-у(се Р. V. АЬгатоу. 1пв(ги-сбов оп (йе Огйап12а(1оп *о!* Зиг-в(са1 Л<й (о ^оит1е<1 оо (йе ггон(.....**49**

В1ВЦООРАРНУ

Со)опе1 оЕ Меб(са1 8егУ1се 1.0. М а-'кагоу. В(Ы102'арйу *о1* М(Н-(агу Меб(с1пе ш (йе Теагв о! Ше Рашобс Ч/аг (1941—1945) 5?

2 руб.

Приобретайте ОБЛИГАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ВНУТРЕННЕГО ВЫИГРЫШНОГО Займа 1938 года

Ежегодно по займу проводится шесть тиражей выигрышей

В каждом тираже разыгрываются:

16 выигрышей	по	25.000 рублей
80 выигрышей	по	10.000 рублей
480 выигрышей	по	5.000 рублей
4800 выигрышей	по	1.000 рублей
17344 выигрыша	по	400 рублей

Облигации займа **свободно продаются и покупаются** сберегательными кассами

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ГОСТРУДСБЕРКАСС И ГОСКРЕДИТА

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

3

МАРТ

МЕДГИЗ · 1947

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е, И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы| Н. Н БУРДЕНКО. |
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

3

МАРТ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ —1947 —МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Отв. редактор *Е. И. Смирнов*

Издается с 1823 г. Сдано в производство 27/111 1947 г. Подписано к печати 16/1V 1947 г. А00930. Формат бум. 70x108/16. Печ. л. 3,0. Уч.-изд. л. 6,0.
Знаков в 1 п. л. 65 000. Тираж 8 800 экз. Цена 2 руб. Заказ 154.

13-я типография треста <Полпграфкнпга» ОГИЗа при Совете Министров СССР.
Москва, Денисовский, 30.

Генерал-майор мед. службы, проф. засл. деятель науки Д. А» ЭНТИН

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО ЛИЦЕВЫХ РАНЕНЫХ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ[1]

Успехи, достигнутые в лечении челюстно-лицевых раненых во время Отечественной войны, весьма значительны. Они выразились в возвратении в армию за три года 85,6% раненых этой категории вместо 9,7% во время русско-турецкой войны 1877—1878 гг. (по Кехеру) и 21,7% в царской армии во время первой ‘мировой войны (по Оппелю). Эти успехи особенно показательны при сравнении процента возврата в армию при ранениях других областей, вычисленного по отношению к таковому челюстно-лицевых раненых, принятому за 100 (табл. 1).

Таблица 1

Возврат в армию за три года войны при ранениях различных областей

Область ранения	•/. возврата	Область ранения	% возврата
Челюстно-лицевая	100	Грудь	82
Шея	94	Нижняя конечность	77
Таз	87	Череп	73
Глаз	86	Позвоночник	65
Верхняя конечность	86	Живот	Зв

Табл. I показывает, что ранения челюстно-лицевой области стоят на первом месте по проценту возвращенных в армию.

Такие достижения хирургов-стоматологов предопределены следующими моментами. Во-первых, развитием в период 'между первой н второй мировой войной советской стоматологии и особенно хирургического ■раздела ее—челюстно-лицевой хирургии. Во-вторых, правильно воспринятым опытом лечения этой категории раненых во время боевых действий Красной Армии в 1939—1940 гг. и правильным претворением этого опыта организационно и методически во время Отечественной войны. Успех военной медицины в войне зависит от того, как восприняты выводы из войны (предыдущей) и как они претворены в практической работе (Е. И. Смирнов). И, в-третьих, анатомо-физиологическими особенностями челюстно-лицевой области, обеспечивающими большую устойчивость ран лица к инфекции и их высокую регенеративную способность. Благодаря указанным особенностям, неурядицы в эвакуации и мтюгоэтапность, имевшие место в первые годы Отечественной войны, на челюстно-лицевых раненых отражались в меньшей степени, чем на раненных в другие области. Недооценка этого может привести к ошибочным выводам.

Опыт боевых операций 1939—1940 гг. потребовал изменения ряда существовавших до 1939 г. представлений и установок и в разделе

[1] Сокращенный доклад, сделанный на 2-м совещании стоматологической **подсекции** УМС при начальнике ГВСУ 8.Х.1945 г.

челюстно-лицевой травматологии. Существенные изменения в хирургической тактике при обработке и лечении огнестрельных ран лица относились к следующим моментам:

1. Первичный глухой шов был признан проти1вопс|казанным на лине, кроме области век, губ и ноздрей. ,

2. Очередность этапов хирургической обработки ран лица с повреждением костей была изменена: сначала производится фиксация отломков, а не зашивание мягких тканей.

3. Методом выбора был признан отсроченный первичный и вторичный шов проволокой (пластиночный).

4. Иммобилизацию переломов челюстей, как транспортную, так и лечебную, рекомендовалось производить гнутыми шинами из алюминиевой про-волоки, одночелюстным или многочелюстным закреплением во показаниям, изложенным в официальной инструкции ГВСУ Краевой Армии.

5. Проволочные шины с «наклонными» плоскостями, винтовую тягу при стойких смещениях и цементированные на зубах «каповые» шины употреблять при лечении переломов нижней челюсти не рекомендовалось.

6. При лечении гнойно-воспалительных осложнений костной раны ■ огнестрельных остеомиэлитов рекомендовалось радикальное удале-®не всех омертвевших тканей и ранняя, начиная с 20—25-го дня, типичная секвестротомия.

7. Для лечения изъянов и обезображений мягких тканей лица предлагались ранние, через 3—4—6 недель после ранения, восстановительные операции при помощи «перемещения треугольников» или других методов»

В какой степени оказались правильными организационные формы **н** методические указания специализированного лечения челюстно-лицевых раненых во время Отечественной войны, показывают достигнутые самоотверженной работой всех советских стоматологов результаты (табл. 2, 3 и 4). ;

Таблица 2

Исходы лечения челюстно-лицевых раненых на фронтах за полугодие войны (в процентах)										**5-е**	**6-е**	**н 7-е**	
		Фронт		А	*Фронт* Г>			Фронт В			Фронт Г		
Полугодие	Область ранения	возвращено в армию	эвакуировано	умерло и уволено	возвращено в армию !	эвакуировано	умерло и уволено	возвращено в аруню	эвакуировано	умерло и уволено	возвращено в армию	эвакуировано	умерло и уволено
§-е	■ Челюсти	14	81	*-»сл	|Я	73	7	22	С9	9	47	44	9
	Мягкие ткани лица . .	73	14		77	22	1	92	8	0	92	47	**1**
	Всего . . .	53	43	2	56	4!		73	24	3	77	20	**М «СЧ 1**
	Челюсти	53	31	14	30	64		44	46	10	51	38	
	Мягкие ткани лица , .	28	0	2	79	23		93	6	1	93	5	
	Всего . , .	90	7	3	64	34	Ф	81	16	3	76	19	Сл
1-е	Челюсти	54	40	6	22	72		6	88	6	27	64	
	Мягкие ткани лица . .	95	4	1	81	13		86	13	1	94	5	1
	Всего . . .	83 |	15	2	63	35	2		35	2	80	"1	2

Как уже указывалось, по проценту возврата в армию челюстно-лицевые раненые стоят среди всех прочих групп раненых на первом месте. Необходимо отметить, что за последние два года войны эти раневые в 9О[в]/о случаев заканчивали лечение в челюстных отделениях и госпиталях армейских и фронтовых госпитальных баз (табл. *2).*

В табл. 2 особого внимания заслуживает исключительная зависимость, существующая между числом эвакуированных и возвращенных за определенный период в армию: процент возвращенных обратно пропорционален проценту эвакуированных. Указанным результатам в значительной степени способствовало широкое применение отсроченных первичных и вторичных (пластиночных) швов и ранней пластики изъянов и рубцовых искажений мягких тканей лица.

История войн не знает и такого процента возврата в армию челюстных раненых, как 63,7 (в среднем) за 3[1]/а года войны из всех лечебных учреждений (табл. 3 и 4).

Таблица 3

Исходы лечения челюстно-лицевых раненых в госпиталях МЭП за 3'/г г-[13] войны (в пре нет ах)**

Характер ранения	Исход лечения	1-й год	2-й год	3-й год	*-е полугодие
Ранение лица без повреждения костей	Возвращено в армию . Уволено..... Умерло.....	93,1 6.5 0,4	87,6 12.0 0.4	88.0 11.7 0,3	86.1 13.8 0,1
Ранение лица с повреждением костей	Возвращено в армию . Уволено..... Умерло	€3.6 1.8.0 3.4	64.5 33.7 1.8	62,7 36.2 1,1	57.1 **42.1** 0.8
Всего	Возвращено в армию . Уволено..... У мерло.....	83.6 14,9 **1.5**	72.4 26,3 1,3	€9,0 30,1 0,9	**61.7** 35.6 **0,7**

Таблиц» 4

Исходы лечения челюстно-лицевых раненых по всем лечебным учреждением фронтов и тыла за 3'/е года войны (в процентах)

Характер ранения	Исход лечения	1-й год	2-й год	3-й год	7-е полугодие
Ранение лица без повреждення костей	Возвращено в армию . Уволено..... Уме;ло . , •.....	93.3 4.2 0,5	96.5 3,1 0.4	97,9 1.9 0.2	98,2 1.7 0,1
Ранение лица с повреждением костей	Возв-ащено в армию А ..... Умерло.....	65.5 25.4 9.1	€7,4 -23,7 6,9	65,8 28,2 [1] ,0	61.1 33,8 5,1
Всего	Возвращено в армию . Уволено..... Умерло	86,0 10,8 3.2	85.0)2,1 2,9	>6.0 11.6 2,4	85,4 12,8 1,8

Такой большей возврат в армию раненых с переломами челюстей обусловлен максимальным приближением специализированной помощи и широким внедрением в практику системы гнутых шин из алюминиевой проволоки. Не менее девяти десятых (в среднем) раненых с переломами челюстей были шинированы этими шинами в течение первых 3—5 дней после ранения. В еще большем проценте случаев как на фронтах, так и в тылу яри переломах челюстей проводилась лечебная иммобилизация проволочными тинами.

Представляет интерес анализ исходов лечения челюстных раненых за шестое полугодие войны в лечебных учреждениях фронтов и в челюстных госпиталях тыла. В отношении фронтов эго показывают данные, приведенные в табл. 5.

Т абли на 5

Сравнительные цифры исходов лечения на фронтах челюстных раненых за 6-е полугодие войны (в процентах}

Исход лечения \ Фронт	А	Б	В
Возвращено в армию	51		55
Умерло и уволено.....	Н	14	4
Эвакуировано	38	31	41

Следующие моменты делают, как нам кажется, вполне сравнимыми исходы лечения челюстных раненых за этот период на сопоставляемых фронтах. В шестом полугодии приводимые в табл. 5 фронты вели наступательные операции; они не отличались ни по степени протяжения, ни по другим условиям транспортировки раненых по путям эвакуации. О близких условиях работы госпитальных баз этих фронтов за сравниваемый период говорит и то, что процент заканчивавших в них лечение челюстных раненых колебался между 59 и 69. Практически одинаково у них было оснащение и снабжение челюстных отделений армейских и госпитальных баз.

Наконец, одинаковы были для данного периода войны и происходивших боевых операций контингенты раненых.

Следует отметить, что фронт В (табл. 5) отличался от всех прочих фронтов наличием большой группы высококвалифицированных и опытных в области челюстно-лицевой травматологии профессоров, доцентов, ассистентов и ординаторов челюстно-лицевых клиник медвузов, травматологического и стоматологического институтов. Более высокий, чем на фронтах А и Б, процент эвакуированных показывает, что на последних отбор челюстных раненых для эвакуации в тыл проводился, невидимому, тщательнее. При таком же отборе на фронте В возврат составил бы не менее 6О“/о- Учитывая квалификацию стоматологических кадров фронта В и соответствующую ей эффективность лечения челюстных раненых, можно при современном состоянии челюстной хирургии приведенную цифру возврата этих раненых признать для лечебных учреждений фронта высокой.

Высокая цифра возврата в армию, достигнутая на фронтах А и Б (если учесть меньшее на этих фронтах в сравнении с фронтом В число лечившихся) с молодым составом стоматологических кадров, которые за 2‘/2 года квалифицировались под руководством главных стоматологов фронта, позволяет сделать следующие выводы:

1. В наступательных боевых операциях, когда при правильной организации медицинской службы в целом и стоматологической службы в частности и при наличии кадров, обеспечивающих лечение таких раненых на уровне современных достижений военной челюстной хирургии, на фронтах заканчивает лечение не менее 60—70®/« челюстных раненых, предельно высоким процентом возврата таких раненых в армию из лечебных учреждений фронта можно считать 60.

2. В шестом полугодии Отечественной войны только фронты А, Б и В добились самого высокого процента возврата в армию челюстных раненых.

3. Для обеспечения такого рационального лечения челюстных раненых на всех фронтах, ведущих наступательные операции, необходимы,

помимо правильной организации стоматологической службы, изложенные ниже 'мероприятия.

Снижение возврата в армию челюстных раненых имело место и в тыловых специальных госпиталях. В большей степени это отражено ростом увольнений в тыловом районе. Так, например, из всех госпиталей МЭП в седьмом полугодии процент увольнений в полтора раза больше, чем в первом году Отечественной войны, и составляет 42,1. Нарастающее в госпиталях тыла с каждым годом снижение возврата в строй и увеличение увольнений челюстных раненых обусловливались улучшением из года в год сортировки раненых и выполнением принципа эвакуации по назначению при одновременном уменьшении числа эвакуируемых за пределы фронта. Это приводило к все большей концентрации в тыловых госпиталях тяжело раненых. Кроме того, с каждым полугодием войны увеличивалось число повторных раненых, повышался средний возраст раненых и пр., что также отрицательно отражалось на течении ранений и их осложнений. Наконец, на исходы лечения в тыловых госпиталях большое влияние оказывала многоэтапность, которая полностью не была изжита до конца войны.

Чаще всего многоэтапность обусловливалась несоблюдением принципа эвакуации по назначению. Однако нередко при перегрузке по тем или иным причинам госпиталей ранеными многоэтапность бывала вынужденной. Каковы бы ни были причины многоэтапное™, ее следствием всегда являлось снижение возврата в армию и рост увольнений челюстных раненых. Табл. 6, заимствованная из отчета Ы-ского челюстного госпиталя за седьмое полугодие войны, достаточно наглядно показывает это.

Таблица 6

Влияние многоэтапное™ на исход лечения челюстных раненых

Количество этапов	Состояло раненых	Прибыло ши-| нированных	Возвращено в армию	Уволено
	в проц		е и т а х	
До 3	20,6	7,6	72	28
От 3 до 5	54,4	55,5	53	42
Свыше 5	25,0	36,9	48	52

Было бы ошибочно полагать, что на исходы лечения в тыловых госпиталях оказывали влияние только организационные моменты, В немалой степени снижение возврата в армию и повышение увольнений челюстных раненых были вызваны дефектами лечения переломов челюстей. Не останавливаясь на анализе причин снижения процента возврата в армию челюстных раненых, можно полагать, что цифра возврата! их за три года составляет 72—75%, исходя же из цифры возврата за седьмое полугодие (из госпиталей 'МЭП — 57,1 %) — еще меньше. Это с неоспоримостью вытекает и из того, что отдельные челюстные госпитали тыла, например, госпиталь А, фактически возвратили в строй за пятое полугодие войны 66,5% раненых с повреждением челюстей.

Более показательно сравнение исходов лечения челюстных раненых за шестое полугодие в челюстных госпиталях тыла А и В, с одной стороны, и Б и Г — с другой (табл. 7).

Но, прежде чем сопоставить результаты лечения в указанных госпиталях, следует остановиться на двух моментах. Во-первых, разъяснить ошибочность одного из выдвинутых в последнее время показателей эффективности лечения, так называемого соотношения групп раненых, раненных в мягкие ткани лица и челюстных (Лукомский) (табл. 8).

Таблица 7

Сравнительные цифры исходов лечения раненых в тыловых челюстных госпиталях за 6-е г.слугодие войны (в пр-центах)

Госпиталь / Исход лечения	А	Б	В	Г
Возвращено в армию	76,1	50,4	51,4	42,4
Уволено	23,9	45.9	48,6	56,6
Эвакуировано	0	3,7	0	1,0

Таблица 8

Соотношение групп раненых как показатель .эффективности лечения*

Группа раненых	Госпиталь А			Госпиталь Б			Госпиталь В			Госпиталь Г		
	лечилось	возвращено в армию абс. число	%	лечилось	возвращено в армию абс. число	%	лечилось	возвращено в армию абс. число	%	лечилось	возвращено в армию абс. число	%,
Челюстные раненые ...	8б(602		70	860 275		32	14С 98		70	140	46	32
Раненные в мягкие ткани	НС 131		94	>40 70		60	вес сов		94	800	430	50
Всего.	1 ОС о' 733			3 ОСО 3>534,5			1 ССО906		91,6	1 ОСО 476		47,6
Соотношение групп . . .	6:1 5:1			6:1	4:1		1:8			1:6 1:10		

Совершенно очевидно, что показатель соотношения групп раненых изменяется соответственно исходному распределению в госпиталях сравниваемых групп, но ни в малейшей степени не отражает эффективности лечения.

Во-вторых, необходимо подчеркнуть недооценку обратной зависимости (табл. 2), существующей между числом эвакуированных (с фронта, МЭП или отдельного госпиталя) н числом возвращаемых, на что уже указывалось выше. Эта недооценка имела место не только в отчетах, но и на страницах специального журнала и даже в выступлениях наших авторитетных профессоров-стоматологов.

Один из докладчиков на заседании Ученого медицинского совета при начальнике Медико-санитарного управления Военно-Морского Флота в 1944 г. утверждал, что широкое внедрение в 1943 г. одночелюстных цементированных шин, или «новые установки», по его терминологии, будто бы «оказали решающее влияние на исход лечения в 1943 г. в челюстно-лицевых эвакогоспиталях» (Лукомский). Между тем за 1943 г. в 5 самых больших челюстных госпиталях тыла изготовлено одночелюстных шин различных систем всего 2 563, и только часть из них была цементированной. Следовательно, решающее значение имеет процент эвакуированных, а не цементированные шины.

Возвращаясь сейчас к нашему сопоставлению (табл. 7), укажем, что ни у кого не возникает сомнения в том, что по характеру и сте-

пени повреждений челюстей контингент раненых тыловых госпиталей Б таков же, как в А, а в Г — таков же, как в В. В шестом полугодии из госпиталей А и В эвакуации не было, из Г эвакуирован 1%, из Б — 3,7е/« лечившихся челюстных раненых, т. е. все эти госпитали к этому периоду стали конечными пунктами эвакуации, следовательно, и по этому показателю сравнение вполне допустимо- Если принять во внимание, что речь идет о специализированных госпиталях с ЗУг-годичньгм опытом лечения челюстных раненых, то о значительной разнице в опытности и степени квалификации специалистов этих госпиталей говорить не приходится. Во всех перечисленных госпиталях работали высококвалифицированные хирурги и ортопеды. Между тем возврат в строй за шестое полугодие в госпитале А был на 34%, в госпитале В на 18% больше, чем соответственно в госпиталях Б и Г.

Различием установок руководящих работников указанных госпиталей относительно методов лечения переломов челюстей приходится объяснять и различие результатов лечения. В ряде челюстных госпиталей, как Б и Г, хирурги очень много и успешно работали в области пластической хирургии, предоставив ортопедам максимальную активность при лечении переломов челюстей. На почве большой активности ортопедов в одних случаях и большой пассивности хирургов — в других возникла недооценка хирургических методов лечения переломов челюстей. Это, естественно, привело к переоценке значения ортопедических и вспомогательных приемов лечения (лечебная гимнастика и лечебная физкультура), к увлечению техникой (нагромождение многих типов лабораторных цементированных шин), к игнорированию особенностей хирургической патологии огнестрельного перелома (страх перед контрактурами и требование ранних активных движений челюсти даже при такой локализации перелома, когда это противопоказано), к стремлению довести одночелюстное закрепление переломов нижней челюсти до 70% и выше.

Такие установки развивались на совещаниях по лечению челюстных раненых, на заседаниях стоматологических научных обществ, пропагандировались на страницах специального журнала. Не было недостатка в попытках убедить врачебную общественность и большую массу стоматологов, до войны не занимавшихся челюстной хирургией, что указанные установки являются «ревизией основ челюстной хирург ии».

Между тем объективный анализ отчетов челюстных госпиталей и различных проводимых ими «установок» показал, что недооценка хирургии в лечении переломов челюстей практически привела к снижению процента возврата в армию раненных -в челюсть « увеличению инвалидности среди них.

О дефектах лечения говорит и анализ причин увольнения из армии. Нами изучены причины увольнений в запас и вовсе из Красной Армии за 1942—1944 гг. челюстно-лицевых раненых. Как оказалось, причиной увольнения в 48% случаев были костные дефекты, в 18%—несросшиеся переломы к ложные суставы, в 14% — остеоми элиты, в 13%-— обезображения, <в 4% — контрактуры и анкилозы и в 3% — нарушения речи.

Относительно этих данных необходимо прежде всего отметить следующее. Как показало детальное исследование Бегельманом 340 челюстных раненых, Иващенко—1 170 и мной — 993, значительные дефекты кости, восстановление которых требует последующей костной пластики, встречаются в пределах 6—7% к общему числу челюстных раненых. Разумеется, в тыловых госпиталях этот процент выше. Но даже в удвоенном и утроенном числе он не достигнет и половины приведенной цифры уволенных из-за костных дефектов. Отсюда следует, что большая часть дефектов относится не к разрушениям кости раня-

Шим оружием, а к осложнениям, связанным с особенностями лечебных мероприятий. Значительная доля костных дефектов и часть ложных суставов, несомненно, обусловлены излишним радикализмом при обработке костной раны и лечении ее гнойно-воспалительных осложнений.

Этот радикализм, как и консерватизм при лечении остеомиелитов в первые два года войны, явился следствием недостаточного знакомства с травматологией челюстей. Недостаток опытных челюстных травматологов, которые руководили бы работой молодежи, оставлял без координации ее «иммунитет» к вопросам патологии и особенно клиники огнестрельных повреждений челюстей, не обращая внимания и на «осмелевшую» хирургическую активность. А ведь умению клинически осмысливать тот или иной случай, правильно выбрать момент хирургического вмешательства и осуществить последнее нельзя обучиться по инструкциям и даже по учебникам.

Обращает внимание тот факт, что среди причин инвалидности контрактуры составляют только 4%. Эго показывает, во-первых, насколько был преувеличен и не обоснован страх перед контрактурами, так усиленно муссировавшийся в стоматологической литературе последних лет. Это показывает, -во-вторых, что умелое использование лечебной иммобилизации переломов челюстей гнутыми шинами из алюминиевой проволоки ие повысило бы процента контрактур, но зато, несомненно, снизило бы процент несросшихся переломов, ложных суставов и остеомиелитов.

Все эти ^моменты должны быть учтены во избежание неправильных выводов из опыта лечения переломов челюстей в Отечественной войне и неправильного претворения этих выводов в педагогической и лечебной работе.

Отметив некоторые предпосылки, которые помешали советским стоматологам на фронтах и. в тылу добиться еще лучших результатов лечения огнестрельных переломов челюстей, необходимо подчеркнуть, что и достигнутые результаты являются весьма значительными и непревзойденными.

Это обязывает нас к тому, чтобы основные методы, которыми это достигнуто, как проверенные на- небывало большом числе случаев, были приняты как установочные и обязательные при оказании помощи и лечении челюстно-лицевых раненых в лечебных учреждениях войскового, армейского и фронтового района.

Но богатый опыт, приобретенный нами в Отечественной войне, не ограничивается только лечением раненных в челюстно-лицевую область. Мы должны обсудить и утвердить предложения по улучшению всей стоматологической службы Вооруженных сил не только в военное, но и в мирное время. №ы должны с точки зрения этого опыта предложить ряд мероприятий, обеспечивающих повышение эффективности лечения челюстно-лицевых раненых в военное время и улучшения зубоврачебной и зубопротезной помощи Вооруженным силам в мирное время.

Не останавливаясь здесь на некоторых вопросах организационно-штатной структуры стоматологической службы в военное время, коснемся важного и даже основного вопроса, без разрешения которого невозможно поднять на более высокую ступень стоматологическую помощь в военное и мирное время, вопроса подготовки зубных врачей и челюстно-лицевых хирургов.

Существующие формы подготовки зубных врачей и стоматологов не обеспечивают стоматологической службы Вооруженных сил квалифицированными кадрами. Нам кажется, что опыт Отечественной войны дает основание выдвинуть предложение преобразовать стоматологические институты в зубоврачебные институты и- укрепить кафедры стома-

тологии в медвузах. Увеличение числа аспирантов и интернов возрожденных кафедр, введение института интернов и ординаторов в стоматологических стационарах окружных военных госпиталей, больниц краевых и областных центров, которые, несомненно, скоро откроются, даст то небольшое количество стоматологов с законченным высшим медицинским образованием, которое требуется в мирное время Вооруженным силам.

Но Вооруженным силам требуется большое количество зубных врачей, которые умеют лечить зубы и любят свое дело. Стоматологические институты таких кадров не дают.

Мероприятия для поднятия на высокую ступень стоматологической помощи могут, по нашему мнению, быть сформулированы следующим образом:

1. Необходимо изменить систему подготовки кадров таким образом, чтобы оканчивающие среднее зубоврачебное образование были подготовлены к самостоятельной практической работе по зубоврачеванию, зубопротезированию и применению различных методов транспортной и лечебной бескровной иммобилизации переломов нижней челюсти и уходу за челюстными ранеными, а оканчивающие высшее зубоврачебное образование — к самостоятельной практической работе по веем трем разделам стоматологии и по военной челюстно-лицевой хирургии.

2. Главных стоматологов фронтов следует комплектовать из врачей, специализировавшихся по стоматологии, владеющих техникой зубоврачевания, зубоп'ротезирования и шинирования, имеющих не менее 5 лет клинического стажа, 3 лет педагогического стажа, знакомых с теорией и практикой организации военно-медицинской и стоматологической службы и способных систематически работать над повышением квалификации своих кадров.

3. Следует укрепить кафедры челюстно-лицевой хирургии и восстановить кафедры стоматологии в системе институтов усовершенствования врачей, преобразовать продуктивно работающие доцентуры стоматологии медвузов в кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, создать кафедру стоматологии на военном факультете ЦИУ, открыть стоматологические стационары в окружных военных госпиталях и больницах краевых и- областных центров. Стоматологические кафедры и отделения должны служить базой для специализации врачей — в порядке аспирантуры, интернатуры и ординатуры — по челюстно-лицевой хирургии и стоматологии.

4. Совершенно необходимо использовать кафедру стоматологии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова для усовершенствования в системе 2-го факультета наиболее способных окружных стоматологов и бывших и. о. армейских стоматологов, а также для изучения опыта стоматологического обеспечения фронтов во время Отечественной войны преподавателями стоматологических кафедр и кафедр челюстно-лицевой хирургии медвузов, стоматологических институтов и зубоврачебных школ (в порядке краткосрочных учебных сборов).

5. Издать учебники, отражающие современное состояние хирургической, терапевтической и ортопедической стоматологии, а также учебники по военной челюстно-лицевой хирургии и военной стоматологии для медвузов и стоматологических институтов и для учащихся зубоврачебных школ, пересмотрев соответственные разделы программ по стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

6. Создать институт интернов и ординаторов во всех стоматологических клиниках и стоматологических отделениях больниц и госпиталей и увеличить число аспирантов по челюстно-лицевой хирургии в медвузах и стоматологических институтах, в которых специальные кафедры укомплектованы соответствующими кадрами и учебными пособиями.

7. Взять на учет весь врачебный и средний медицинский состав, работавший во время войны в челюстных отделениях и челюстных госпиталях фронтов и тыла.

8. В зуботехнических школах ввести преподавание•шинирования и взять на учет всех зубных техников, знакомых с вопросами шинирования и сложного протезирования.

До решения вопроса о зубоврачебных и стоматологических кадрах в общегосударственном масштабе задачей главных стоматологов групп войск и военных округов является учет и отбор наиболее квалифицированных кадров и организация учебных баз при окружных госпиталях или при стоматологических поликлиниках для усовершенствования. При учете и отборе кадров в настоящее время следует обращать внимание на квалификацию в области зубоврачевания и зубопротезирования, а при укомплектовании вакантных должностей стоматологов иметь в виду, что хороший зубной врач лучше плохого стоматолога. Следует учесть зубных врачей и стоматологов, хорошо владеющих всеми разделами специальности, — это наш «золотой фонд»; с их помощью нетрудно будет поднять квалификацию молодежи, что нужно сделать как можно скорее. По возможности скорее надо выявить стоматологов и зубных врачей, не отвечающих своему назначению, и заменить их более подходящими.

Нельзя оставить без внимания и снабжение. Надо расширить ассортимент и увеличить количество инструментов для шинирования в стоматологическом наборе. Стоматологическим группам надо иметь свой общехирургический инструментарий. Следует также просмотреть табели зубоврачебных кабинетов и разработать табель снабжения и оборудования стоматологических поликлиник.

В мирных условиях от нас требуется возможно скорейшая организация и проведение санации зубов личного состава частей, соединений и учреждений. Основное внимание должно быть уделено суворовским училищам и командному составу. Систематическое руководство санацией зубов и наблюдение за правильным проведением ее лежат на обязанности главных стоматологов групп войск и военных округов. Эту задачу поставил перед нами начальник Главного военно-медицинского управления Вооруженных сил СССР.

С чувством законной гордости мы можем констатировать, что стоматологическая служба с честью справилась со своими задачами во время Великой отечественной войны. Переход на мирное положение поставил перед нами новые задачи, и мы должны их выполнять так же успешно, как во время войны.

★.

А. Л. МИТУСОВ и В. В. ЧЕРНОМОРДИКОВ

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ (НЕР'ТГПЗ ЕРЮЕМ1СА) ИХ 1Ч-ск<м1 ФРОНТЕ

Инфекционный гепатит является частым спутником войн. Заболевания им наблюдались также и во время Великой отечественной войны.

В настоящей статье мы хотим осветить некоторые стороны его эпидемиологии на основании изучения вспышек, наблюдавшихся на нашем фронте в 1943—1944 гг. Заболевания были изучены в двух тыловых воинских частях: Ы-ском отдельном стрелковом батальоне М-ской стрелковой бригады и на курсах младших лейтенантов. Всего было зарегистрировано 82 случая заболеваний инфекционным гепатитом, из них 46 — в М-ском отдельном стрелковом батальоне и 36 — на курсах младших лейтенантов.

Особенностью описываемых частей является то, что М-ский отдельный стрелковый батальон имел постоянный личный состав, а личный состав курсов младших лейтенантов 'менялся через каждые 2—3 месяца. На смену одним людям, окончившим обучение, из различных частей фронта приходили другие.

Части жили в сходных бытовых условиях — размещались в каждом месте дислокации на казарменном положении поротно (М-ский отдельный стрелковый батальон) и побатальонно (курсы младших лейтенантов). В пути к новому месту дислокации люди ночевали в поле, на открытом воздухе или в населенных пунктах. Курсанты размещались по 5—10 человек по отдельным квартирам, часто вместе с гражданским населением. В местах продолжительного пребывания, как правило, подбиралась свободная от гражданского населения площадь для всего личного состава части. Для ночлега в помещениям строились двухъ-трехъярусные кровати или сплошные одноярусные нары. Для подстилки пользовались соломой, чаще — шинелью и плащ-палаткой (Ы-ский отдельный стрелковый батальон), а на курсах младших лейтенантов курсанты имели матрац, подушку и одеяло.

Пищу готовили на общих кухнях, а при передислокации — в походно-подвижных кухнях. Обеденной посудой служили котелки, из которых чаще ели по-двое. Мыли котелки холодной водой, хранили открыто на полках, подоконниках, столах, реже — в закрывающихся ящиках. Обычно котелки находились все вместе, во время обеда пользовались тем, какой попадется. Продукты, получаемые на руки (хлеб, сахар), держали в вещевых мешках, обычно хранившихся в изголовье. Для всех мест дислокации была характерна большая теснота размещения личного состава.

I

Заболевания в М-ском отдельном стрелковом батальоне начались 24.Х во время дислокации батальона в г. К. (с 9.Х по 27.Х). Заболело двое: один во взводе связи, другой — в третьей стрелковой роте. 27.Х батальон передислоцировался в г. Н. По дороге к означенному месту ЗО.Х батальон сделал трехдневную остановку в г. П. Здесь батальон размещался по отдельным квартирам, в большинстве случаев вместе с местным населением. В день прибытия в г. П., т. е. ЗО.Х, в минометной роте был зарегистрирован случай заболевания желтухой. Во время оккупации немцами г. П. был неблагополучен по заболеваниям желтухой.

З.Х батальон продолжал путь к г. Н. и прибыл туда 6.Х1. По[1] данным горздравотдела, среди населения города заболеваний желтухой не было. Здесь батальон размещался в заводском рабочем городке, где в период оккупации находился лагерь военнопленных. Каждый дом представлял стандартное двухэтажное каркасное строение. Первая и вторая стрелковые роты и другие мелкие подразделения помещались *в* одноэтажном бараке; третья стрелковая рота занимала один двухэтажный дом; минометная и пулеметная роты занимали другой такой же двухэтажный дом. Напротив этих зданий, в таких же двухэтажных домах, помещались местные жители (свыше 100 человек).

В момент размещения батальона как дома, так и двор были сильно загрязнены.

Плотность заселенности грызунами (мыши) в день обследования, т. е. 13.1.1944 г,, в доме, который занимала третья стрелковая рота, равнялась 8 ловуш ко-ночам (т. е. в 100 поставленных ловушках в течение суток поймано 8 грызунов), а в домах гражданского населения — 9ло-в ушко-ночам.

Воду как для нужд батальона, так и местные жители брали из одного общего шахтного колодца. С первого дня размещения батальона,

Т. е. 6.Х1, в третьей стрелковой роте был зарегистрирован один случай заболевания желтухой. 7.Х1 зарегистрировано два случая в минометной роте и один во взводе автоматчиков.

В общей сложности на 23.Х1 заболело 17 человек. Больные были почти во всех подразделениях батальона. В то же время среди населения не выявлено ни одного случая заболеваний. 23.XI батальон был отправлен в г. Д., куда и прибыл 25.Х1. Среди населения города заболеваний желтухой не наблюдалось. Здесь батальон разместился в трех домах на одной из центральных улиц. Первая и вторая стрелковые роты разместились в двухэтажном- доме, где до этого помещался Ы-скин батальон, в котором было зарегистрировано 4 случая заболеваний желтухой. Третья стрелковая, пулеметная, минометная роты и другие спецподразделения разместились в двух четырехэтажных домах, в которых часть квартир, занимали местные жители. Плотность грызунов (мыши) в ночь на 2.1 в доме, занимаемом перво-й и второй стрелковыми ротами, равнялась 7 лов ушко-ночам, а в домах, занятых третьей стрелковой, минометной ротами и другими подразделениями,— 10 лов ушко-ночам.

Воду все подразделения получали из городского водопровода. Здесь, так же как и в городе Н., один за другим появлялись больные инфекционной желтухой. Вспышка закончилась 28.Х11. В третьей стрелковой роте было зарегистрировано 9 больных, в минометной роте — 3, в пулеметной — 3, во взводе ПТО — 2 больных и по одному больному в саперном и 'музыкальном взводах. Не было заболеваний в первой и второй стрелковых ротах, а также среди гражданского населения.

Клиническая -картина заболевания несколько отличалась от классического описания болезни Вейля-Боткина. Заболевание можно охарактеризовать следующим образом: начиналось оно в большинстве случаев с общего недомогания, разбитости, потери аппетита, вялости, головной боли, боли в правом подреберье, тошноты. Изредка в первые дни наблюдался озноб, повышалась температура, появлялись рвота, жидкий стул. Обычно в первые дни больные за медицинской помощью не обращались. Только обнаружив желтушность склер или кожных покровов, шли к врачу. В это время моча становилась темной, стул изредка ахолийный, чаще темный. Обычно на 10-й день и позже отмечался зуд по всему телу, особенно на ладонях и пятках. В единичных случаях в последние дни заболевания наблюдались кровотечения из носа и десен.

Печень была плотная, увеличена, болезненна. У некоторых больных прощупывалась селезенка. Отмечался повышенный лейкоцитоз, доходивший иногда до 25 000, в некоторых случаях—лейкопения. Течение болезни доброкачественное (легкая форма).

Анализ заболеваемости позволяет утверждать, что она не была связана с местом дислокации части. Инфекция была занесена и распространилась внутри подразделений при перемещениях части. За первыми заболеваниями в третьей стрелковой (24.Х) и минометной (ЗО.Х) ротах последовала цепь подобных заболеваний. В течение почти месячного срока было зарегистрировано 26 случаев заболеваний, начинавшихся на различных стоянках батальона.

'Материалы, полученные в результате подробного обследования, не позволяют связать источник заболевания с грызунами, так как из всех обследованных больных только один указал, что он употребил в пищу хлеб, попорченный грызунами. Кроме того, среди местного населения, жившего в худших санитарных условиях, подобных заболеваний не наблюдалось. Нельзя искать причину заболеваний и в водном факторе, так как среди гражданского населения, жившего в таких же домах и пользовавшегося теми же источниками водоснабжения, что и части батальона, заболеваний не было. Не было их также и в первой стрелковой роте и других подразделениях того же батальона.

Более ясный ответ об эпидемиология данных заболеваний дает следующее наблюдение: первые два заболевания появились 24.X, одно во взводе связи (сержант К-), другое в третьей стрелковой роте (рядовой О.). Оба заболевания не были распознаны, и больные долгое время оставались в окружении здоровых товарищей (первый — 32 дня, второй — 22 дня) и явились источниками дальнейших заболеваний. Во взводе связи 15.X1 появилось еще одно заболевание (рядовой Р.).Этог заболевший во время болезни сержанта К. ухаживал за ним, ел, лил из одного котелка, вместе спал, докуривая после него папиросы и т. д. В это время основной личный состав подразделения находился в отъезде. Новых заболеваний в этом взводе больше не было.

В третьей стрелковой роте во время болезни рядового О. весь личный состав роты находился на месте и тесно общался с больным. В результате в роте появились заболевания, следующие одно за другим с'промежутками от одного до 3 дней. Этому способствовало, видимо, то обстоятельство, что не только первый больной, но и следующие задерживались в роте по 10—13 дней с начала заболевания. Такое же нарастание заболеваемости отмечено было в минометной роте. Вслед за первым больным, заболевшим ЗО.X (лейтенант Г.) и остававшимся в подразделении в течение 16 дней, следует ряд подобных же заболеваний, возникавших одно за другим с промежутками от одного до 5 дней. Заболевший вторым старшина 3. ел из одного котелка с лейтенантом Г., докуривал после него папиросы; заболевший третьим рядовой С. пользовался общей посудой с тем же лейтенантом Г.; следующий заболевший, сержант С., ухаживал за больным старшиной 3., и т. д.

Третий очаг, меньшего размера, был в пулеметной рсте, где вслед за появлением первого заболевания 15.X1 стали регистрироваться другие случаи заболеваний с промежутками от одного до 9 дней. И здесь опять-таки доказано тесное общение вновь заболевавших с уже больными. В пулеметной роте заболеваемость не получила такого широкого распространения, как в третьей и минометной ротах, по-видимому, потому, что больных быстрее изолировали. Этим же объясняется низкая заболеваемость в штабе (3 случая), во взводе ПТО (3 случая), автотранспортном и музыкальном взводах (по одному случаю).

Таким образом, доказано, что чем теснее контакт с больным (докуривание папирос, жизнь в одной комнате, размещение на одной койке или рядом на нарах, пользование обшей посудой), чем позднее при этих условиях изолировали больного, тем больше было заболеваний среди окружающих этого больного.

II

За время с 1.1X по 1.XП 1943 г. курсы находились в г. С. Жилищем служили бараки и дома с квартирной системой. Как территория вокруг домов, так и занимаемые жилища в момент освоения находились в антисанитарном состоянии. В домах водились мыши, а в единичных случаях — и крысы. Водоисточниками служили шахтные, родниковые колодцы, а также речка.

Первые случаи заболеваний среди личного состава курсов были зарегистрированы в первом и втором батальонах. Первым заболел 21.XI лейтенант М., вторым — 28.XI лейтенант К- Оба случая не были распознаны, и больные оставались в подразделениях (М. вообще не был изолирован, а К. был изолирован только на 16-й день).

1.XП курсы передислоцировались в местечко Б., частью по железной дороге, частью пешим маршем. Переезд закончился 7.XП. Местечко Б. представляло собой рабочий городок с одноэтажными зданиями корпусной системы. В годы оккупации немцами в городке был лагерь

военнопленных. К моменту прихода курсов часть корпусов занимало гражданское население, в свободных поместились курсанты. Здесь так же, как и в городе С., отмечалась значительная загрязненность, установлено наличие небольшого количества крыс и мышей. Источником водоснабжения служил местный водопровод, подающий воду из водонапорного бака. В эпидемиологическом отношении характерно то, что в феврале 1942 г. здесь была масса крыс и мышей. Кроме того, по данным амбулатории городка за 1942—1943 гг., было зарегистрировано 14 случаев заболевания желтухой, которые по клиническому течению были тождественны заболеваниям в войсковой части.

На 16-й день размещения курсов в местечке Б. вторым после лейтенанта М. 23.XII заболел шеф-повар сержант П., который также не был изолирован в течение всей болезни. Затем в этом батальоне возникало 6 новых заболеваний, чередовавшихся одно за другим с промежутками от 2 до 18 дней.

Роль лейтенанта М. как первоисточника инфекции еще не была закончена. С прибытием курсов в местечко Б. больной лейтенант М. 8.XII из первого батальона был переведен в третий батальон, где 12.1 заболел сержант Б., живший в одной комнате с лейтенантом 'М., затем ! 3.1— сержант Г., пользовавшийся одной посудой с тем же лейтенантом М., и т. д. В итоге в течение 35 дней зарегистрировано 12 заболеваний, следующих одно за другим с интервалами от одного до 11 дней.

Во втором батальоне вспышка ограничилась четырьмя случаями заболеваний. За лейтенантом К., заболевшим 21.XI, 10.1 заболел лейтенант 3., имевший тесное общение с одним из больных из первого батальона, затем 15.1—лейтенант Ш., живший в одной комнате с лейтенантом 3. и пользовавшийся его посудой, и, наконец, 28.1—лейтенант К., ухаживавший за больными лейтенантами К. и 3. На этом вспышка закончилась. Объясняется это тем, что квартира, которую занимали эти больные, находилась несколько обособленно от других помещений батальона и, кроме того, больные были госпитализированы раньше.

В четвертом батальоне вспышка началась 6.1. Заболел сержант С. Интересно, что до заболевания он неоднократно ночевал во втором батальоне в одной комнате с лейтенантом К. и ухаживал за ним в период болезни. Затем в батальоне появилось еще 6 случаев заболеваний, следовавших одно за другим с промежутками от 2 до 14 дней. Заболевший вторым сержант Р. жил в одной комнате с сержантом С., заболевший третьим сержант Р. ел и спал вместе с сержантом Р,, заболевший лейтенант Ш. дружил с сержантом С. (который заболел первым), докуривал после него папиросы и т. д.

Низкая заболеваемость в пятом батальоне, где было всего 3 случая, объясняется, видимо, более ранней изоляцией больных. То же нужно сказать о хозяйственной роте, где заболевший К. был изолирован на третий день болезни. С другой стороны, показательно, что среди местных жителей, живущих в несравненно худших с а нитарно- бытовых условиях и пользовавшихся тем же водоисточником, не было ни одного заболевания.

Объединяя весь материал по всем воинским частям, следует отметить, что участие грызунов в эпидемиологии данной вспышки исключается, так как порча продуктов грызунами отмечена всего в двух-трех случаях; кроме того, жившие в соседних домах местные жители не заболели, хотя продукты у них хранились хуже и возможности порчн их грызунами было больше.

В отношении водного фактора можно указать на следующее. Воинские части пользовались общими водоисточниками. Этими же водоисточниками пользовались и те подразделения, в которых заболеваний не отмечалось. Заболевания были только в тех подразделениях, в которых весь личный состав имел тесный контакт: тесное размещение на кро-

ватях п нарах, пользование общей посудой, докуривание папирос друг после друга и т. п.

Сказанное позволяет притти к следующим выводам:

I. При заносе инфекции в часть больной является источником по* вых заболеваний инфекционной желтухой в этой части.

<2. Передача инфекции происходит контактным путем.

3. Роль грызунов, продуктов питания и водного фактора в передаче жфекнни в описанных вспышках совершенно исключена.

Подполковник мед. службы Е. М. БЕЛОСТОЦКИЙ

ИЗМЕНЕНИЯ КАЛИБРА СОСУДОВ СЕТЧАТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА ПРИ ПОДЪЕМАХ В БАРОКАМЕРЕ

(Из глазного отделения Центрального авиационного госпиталя МВС)

Не делая на этом этапе работы попыток к каким-либо обобщениям, ограничимся (представлением фактического материала. Материал по вопросу об изменении калибра сосудов сетчатки при подъеме на высоту представляет определенный интерес, так как касается почти неизученного раздела высотной физиологии. В доступной литературе мы встретили лишь одно краткое сообщение (Си$5ск, США, 1940) о результатах аналогичных наблюдений, которое в связи с войной не было нам известно вплоть до окончания наших исследований.

Приступая к изучению этого вопроса, мы имели в виду непосредственную связь сосудистой системы глаза с системой мозгового кровообращения, что может представлять не только теоретический, но и определенный практический интерес.

Изучение поперечника сосудов сетчатки производилось нами измерительным окуляром, построенным на принципе гелиометра, и методом фотографии глазного дна. Оба эти метода позволяют производить измерения непосредственно на глазном дне.

Для измерения поперечника сосуда измерительным окуляром последний ставится в офталмоскоп Гульштранда на место обычного окуляра. При помощи фиксационного приспособления исследуемый глаз устанавливается так, чтобы средняя линия окуляра пересекала сосуд в том месте, где этот сосуд необходимо измерить. После надлежащей установки вращением микрометрического винта видимое изображение сдваивается до «соприкосновения» противоположных сторон сосуда (или соска зрительного нерва). В этом положении производится отсчет по кремальере микрометрического винта.

При измерении калибра сосуда измерительным окуляром получаются относительные значения. Эти значения можно перевести в миллиметры, для чего одновременно с измерением сосуда определяется п диаметр соска зрительного нерва, который принимается равным 1,5 мм. Исходя из этой величины, легко вычислить и поперечник сосуда.

При фотографических исследованиях снимки производились камерой Норденсона, в систему которой были дополнительно введены три миллиметровых шкалы. Наличие этих шкал позволило производить исследование при постоянных условиях. Постоянство получаемых данных было подтверждено снимками глазного дна в разные дни у одного и того же испытуемого.

Исследования проводились в барокамере при разрежении, соответствующем высотам от 1000 до 10000 м. Время пребывания на высоте

также не было постоянным (от 20 до 100 минут). В одном опыте во время пребывания на высоте была дана , физическая нагрузка (20 подъемов .гири в 10 кг на высоту 1 м в течение минуты);* в двух опытах в связи с резким ухудшением самочувствия испытуемого ему был дан. кислород. Во время пребывания на высоте экспериментатор дышал кислородом через герметическую маску; выдыхаемый воздух с избытком кислорода отводился через шланг к вытяжной трубе камеры.

Небольшое число исследований (22), а также различие в схемах., опытов не дает возможности суммировать результаты. Поэтому на рис. 1 представлены результаты шести наиболее демонстративных, опытов.

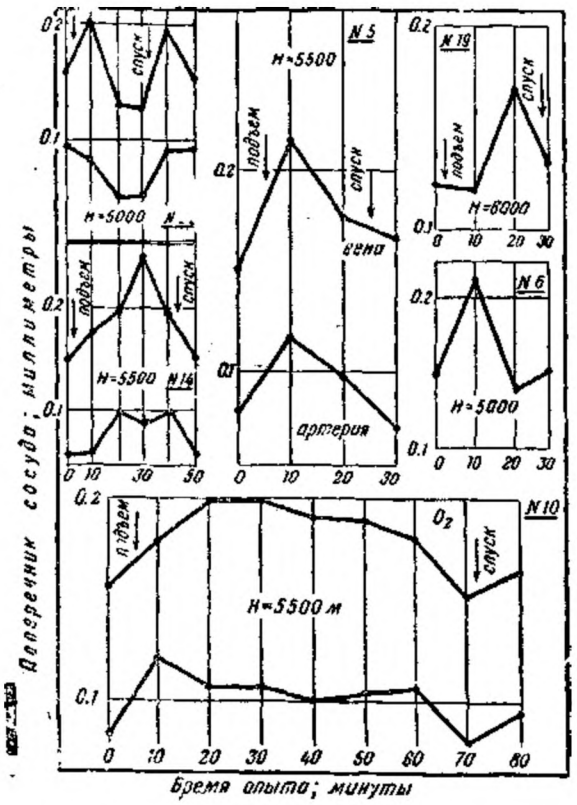


Рис. 1. Калибр сосудов сетчатки на высоте

Как видно из рисунка, переход к пониженному барометрическому давлению и связанному с ним недостатку кислорода во вдыхаемом воздухе вызывает изменения поперечника сосудов сетчатки.

В опытах № 5 и № 6 наблюдалось выраженное расширение сосудов сетчатки сразу же после подъема на высоту. Это расширение оказалось быстро проходящим, и уже через 10 минут поперечник сосуда возвращался к своей «земной» норме. В представленном на рис. 2 опыте № 14, а также в опытах № 17, 18 и 20, по техническим причинам на рисунке не представленных, поперечник сосуда увеличивался постепенно. Кратковременность пребывания на высоте в опытах № 17 и 19 не дала возможности проследить ход изменения; в опытах № 14 и 16 поперечник сосуда достигал своего максимума через 30 минут пребывания на высоте, а затем сосуд вновь начинал сокращаться.

Более плавные изменения отмечены в опытах № 7, 8, 9 и 10 (на рис. 1 представлен лишь опыт № 10). В этих случаях сосуд (особенно

вены) расширялся в течение 10 минут пребывания на ■выссп'е, "затем оставался в таком состоянии с незначительной тенденцией к умеиьше-

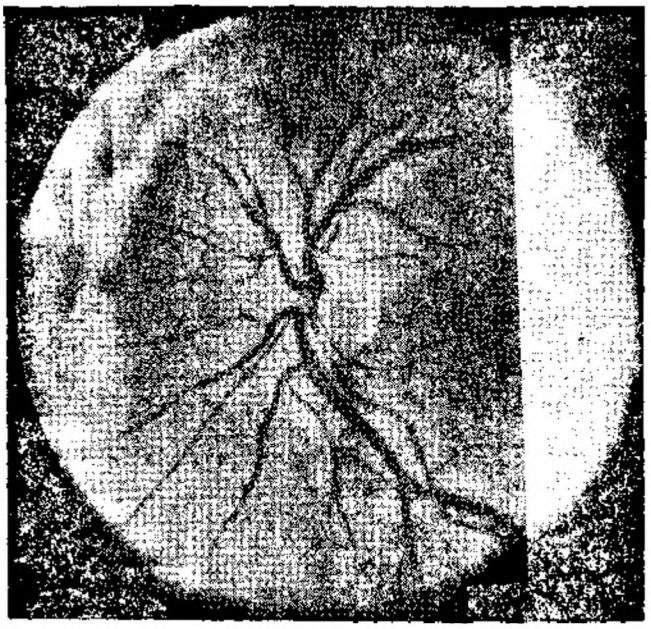


Рис. 2. Глазное дно до подъема на высоту

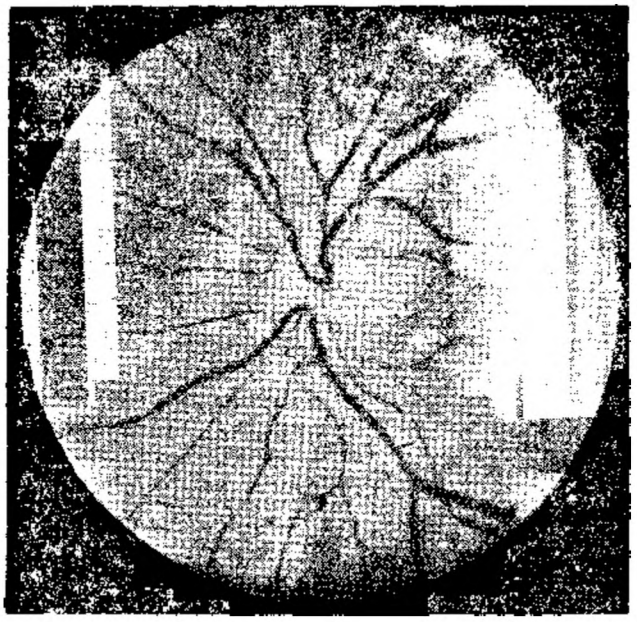


Рис. *3.* Глазное дно на высоте

иию или увеличению. В этом же опыте (№ 10) хорошо видно немедленное сокращение сосуда после вдыхания кислорода. Одновременно следует отметить, что сразу же после начала дыхания кислородом общий фон глазного дна стал заметно более ярким. Аналогичная картина отмечена и в опыте № 11; в этом случае после начала дыхания кисло-

родом произведен подъем на 10 000 м. Несмотря на 40-мннутное пребывание на этой высоте (при общей длительности опыта 90 минут), отмечено лишь небольшое увеличение поперечника сосудов, исчезнувшее сразу после спуска.

Отличной от остальных является кривая опыта *№ 22* (рис. 1). В **этом** случае наблюдалось сначала увеличение, а затем значительное уменьшение калибра сосудов.

Фотографические исследования глазного дна (рис. 2 и 3) подтвердили общую закономерность, установленную при визуальных измерениях. Единственно новым, что удалось выявить этим методом, является «появление» после подъема «новых» сосудов, не заметных на фотографиях, полученных «на земле». Так, в опыте № 21 на снимках, произведенных до подъема, удавалось видеть лишь 7 сосудов, а на высоте нх было видно 11, Этот факт еще раз говорит об общем расширении сосудистой системы сетчатки после подъема на высоту.

Отметим, что какой-либо связи между общим состоянием подопытного и шириной сосудов обнаружить не удалось. При резком ухудшении самочувствия, цианозе губ и пальцев поперечник сосудов либо не изменялся, либо изменялся очень мало.

В заключение, подчеркивая еще раз, что настоящее сообщение носит лишь предварительный характер, позволим себе высказать предположение, что дальнейшая работа в этой области может дать ценные данные для уточнения ряда вопросов. Для этого необходима совместная работа окулистов и физиологов, а также использование других тонких методов исследования (цветная фотография, фотометрия и колориметрия глазного дна, измерение давления в сосудах сетчатки к т. д.).

*

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Подполковник мед. службы Р. А. АНШЕЛИЕВИЧ

ПРИЕМЫ ПЕРЕКЛАДЫВАНИЯ РАНЕНЫХ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

Из кафедры организации и тактики медицинской службы (начальник кафедры — генерал-лейтенант мед. службы А. Я. Барабанов) Военно-меди цине кой академии им. С. М. Кирова

Перекладывания раненого с места на место во время его передвижения с поля боя до операционного стола должны совершаться очень бережно. В учебниках все указания санитарам о перекладывании раненых сводятся к одному универсальному способу, без учета характера ранений и боевой обстановки.

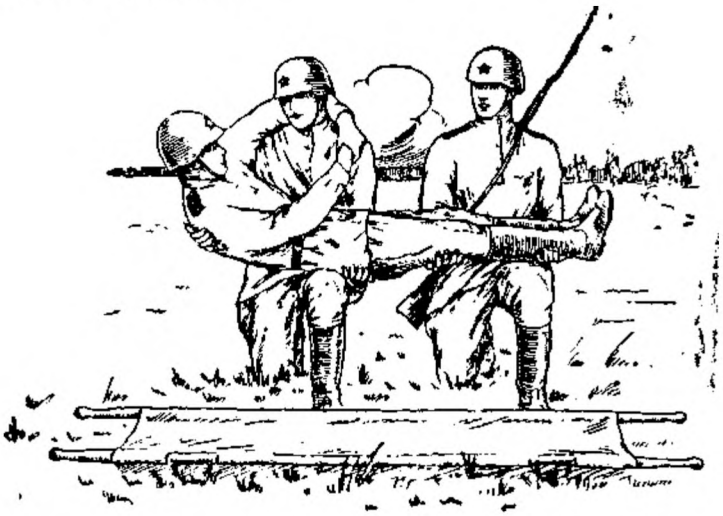


Рис. 1. Способ перекладывания на носилки, рекомендуемый руководством для ротных санитаров

В руководстве для ротных санитаров рекомендуется поступать следующим образом: при поднимании раненого с земли два санитара, подойдя сбоку к раненому, опускаются на одно колено; санитар, находящийся у головы раненого, берет его одной рукой под спину, а другой — под поясницу; раненый, если может, обхватывает санитара руками за шею. Другой санитар, находящийся у ног раненого, подводит одну руку под ягодицы, а другую под голени, и оба санитара, одновременно поднимая раненого, становятся на ноги. Таким же приемом пользуются при перекладывании раненого с земли на носилки, но при этом санитары с колен не встают, а, приподняв раненого, опускают его на подставляемые третьим лицом носилки (рис. 1).

Более детально этот способ описан в пособии М. Гурвича для школ санитарных инструкторов: «Два санитара подходят к раненому всегда со здоровой стороны. Оба становятся на левое колено и просовывают руки под спину раненого. Правая рука одного санитара должна поддерживать голову и плечевой пояс раненого (голова на локтевом сги-

бе), левая же просовывается под поясницу. Правая рука другого санитара прнмер-но приходится под тазом раненого; левая поддерживает ноги ниже колен. При малейшей возможности раненый должен помочь санитарам, обхватив обеими руками шею первого из них. По команде-«.поднимай», санитары встают с колен и поднимают раненого, переваливая его на бок, лицом к себе, тогда вся тяжесть приходится на локтевые сгибы санитаров, что значительно облегчает напряжение. По команде «опускай» раненого плавно опускают на носилки».

На фронтах Великой отечественной войны описанный способ перекладывания, удобный и легкий при поднимании раненого с кровати, перевязочного стола или с повозки, т. е. когда не приходится становиться на колено, широко применялся на всех этапах эвакуации, начиная с ПМП. Но в ротном и батальонном районах, где чаще приходится поднимать раненого с земли, описанные приемы соблюдались редко. Это объясняется, с одной стороны, тем, что в ряде случаев боевая об-

Рис. 2 Перекладывание раненого на плащ-палатку при необходимости маскироваться

становка заставляет санитаров маскироваться и перекладывать раненого особыми способами, находясь в лежачем положении. С другой стороны, в батальонах состав санитаров часто меняется вследствие боевых потерь, санитары могут быть слабо подготовленными и не знать способов перекладывания. Кроме того, поднять тело раненого с земли из положения с колена на согнутых в локтях предплечьях физически трудно. При большом весе раненого, особенно в зимнем обмундировании, малоопытные санитары не поднимут его таким способом и попытка сделать это только причинит раненому лишнюю травму **и** боль. Естественно, что на фронте санитары применяли свои импровизированные способы и приемы перекладывания.

Мы опишем способы перекладывания, удобство которых подтвердилось опытом Великой отечественной войны, а также вновь предлагаемые. Способы укладывания на носилках в руководствах описаны достаточно полно.

Рассмотрим случай, когда при перекладывании раненого санитарам приходится маскироваться, прижимаясь к земле. При этом обычно раненого перемещают на плащ-палатку посредством перекатывания, не поднимая его. Для этого скатанную с двух противоположных углов плащ-палатку кладут -вдоль повернутого на здоровый бок тела раненого (рис. 2), затем раскатывают одну половину плащ-палатки, раненый повертывается на нее спиной, после чего развертывают вторую половину плащ-палатки. Таким образом, раненый оказывается расположенным по диагонали плащ-палатки, обе половины которой закидываются на его тело, после чего заправляются с внутренней стороны бедер наподобие штанов. В таком виде палатку можно тянуть за головной конец до укрытия или до места, где раненого можно нести, поднявшись во весь рост, взявшись за концы плащ-палатки. Такны

же образом можно посредством перекатывания уложить раненого на фанерную или лыжную волокушу.

При перекладывании раненого в таких же условиях на носилки последние ставят вплотную вдоль здоровой стороны тела раненого. Оба санитара ложатся с противоположной стороны раненого перпен-

Рис. 3. Способ перекладывания на носилки двумя санитарами при необходимости маскироваться

дикулярно телу его и подсовывают под него, и а обычных уровнях, руки ладонями вниз до тех пор, пока кисти не захватят ближайшего бруса носилок. Приподнимая раненого на выпрямленных руках и образуя ими как бы наклонную плоскость, санитары постепенно сдвигают его на носилки (рис. 3).

Если переложить раненого на носилки должен один санитар, поступают следующим образом: носилки придвигают к раненому как в предыдущем случае, но санитар остается за носилками. Приподняв их на ребро, он одновременно захватывает уложенного ничком раненого за поясной ремень и, быстро придавая носилкам горизонтальное положение, перемещает на них этим приемом раненого (рис. 4), стараясь по

Рис. 4. Способ перекладывания на носилки одним санитаром при необходимости маскироваться

возможности смягчить происходящий при этом толчок. Аналогично поступают и при перекладывании раненого на лодочку-волокушу, как бы подчерпывая ею раненого.

Если маскироваться не надо, санитары, перекладывая раненого, работают, стоя во весь рост. При этом нередко сам раненый очень бережно совершает основную работу по перемещению своего тела на носилки или с носилок и санитары только помогают ему. Например, при ранении нижней конечности с переломом кости носилки ставят со стороны здоровой ноги. Раненый сначала перемещает на носилки здоровую ногу, а затем, опираясь на руки, перемещается на них всем туловищем. Санитар в то же время бережно подхватывает снизу раненую ногу **и** плавно перекладывает ее на носилки.

В быту, когда приходятся поднимать человека, потерявшего сознание или не могущего самостоятельно передвигаться, его берут подмышки и под колени. Но при большинстве ранений это вызывает напряжение мышц и растяжение тканей в области раны и поэтому, несмотря на заманчивую легкость этого способа, его можно рекомендовать только в редких случаях.

В ротном и батальонном районах тяжело раненого часто укладывают сначала «а плащ-палатку, а затем уже вместе с ней—на носилки. Поднимание раненого на подведенном под него мягком полотнище очень удобно, так как тело раненого поддерживается при этом не в нескольких точках, а по всей его нижней поверхности. Но такой способ не исключает предварительного перекладывания и требует обязательного наличия подходящего подручного материала.

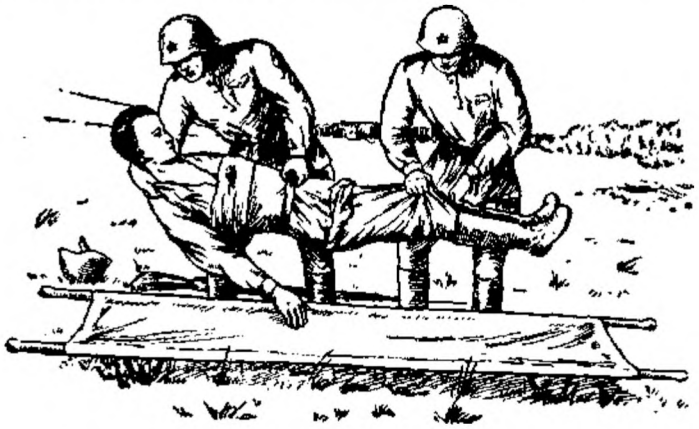


Рис. 5. Способ перекладывания на носилки при ранении головы или груди

В наших практических занятиях с условно ранеными мы пришли к заключению, что очень удобно перекладывать раненого с земли на носилки, взявшись за его одежду. При этом способе иосилки ставят всегда со стороны ранения. Становиться иа колено не надо, достаточно нагнуться над раненым, чтобы кистями вытянутых рук захватить по средней линии тела его одежду в области шеи, талии, бедер и колен. Второй санитар, в зависимости от характера ранения, подхватывает раненого под бедра, голени или подмышки. Более сильный санитар всегда становится у головы. Вся работа по подниманию и перекладыванию раненого переносится на мышечные группы спины, что значительно уменьшает усилия санитаров, а также увеличивает согласованность и быстроту их действий. Практика показала, что даже физически слабые носильщики перекладывают таким способом раненого любоговеса без особых затруднений. С другой стороны, раненый при этом способе менее травмируется, ибо все манипуляции совершаются легко, быстро, тело раненого невысоко поднимают над землей и оно .мало изгибается, поддерживаемое как подстилкой собственной одеждой раненого, и испытывает при этом минимальное давление на область раны.

При выборе приемов перекладывания в зависимости о? характера ранения рекомендуется поступать следующим образом. При ранении в голову или грудь один санитар берется за тыльную часть расстегнутого ворота и за поясной ремень, другой захватывает брюки в области разреза (или полы шинели) и оба голенища, засовывая в них пальцы (рис. 5). При ранениях в живот один санитар берет раненого подмышки, а другой —так же, как в предыдущем случае (рис. 6). При ранениях в нижние конечности один санитар берется за ворот и пояс,

а другой — под бедра и голени. Последнее можно сделать н не становясь на колено (рис. 7).

Раненый, еще лежа на земле, обычно принимает ту позу, которая облегчает ему страдания, связанные с ранением. Например, раненный

Рис. 6. Способ перекладывания на носилки при ранении живота

в грудь, особенно с пневмотораксом, часто принимает сидячее иля полулежачее положение, опираясь на пень, кочку; раненный в спину, позвоночник, таз лежит на боку или животе, раненный в челюсть — вниз лицом и т. д.

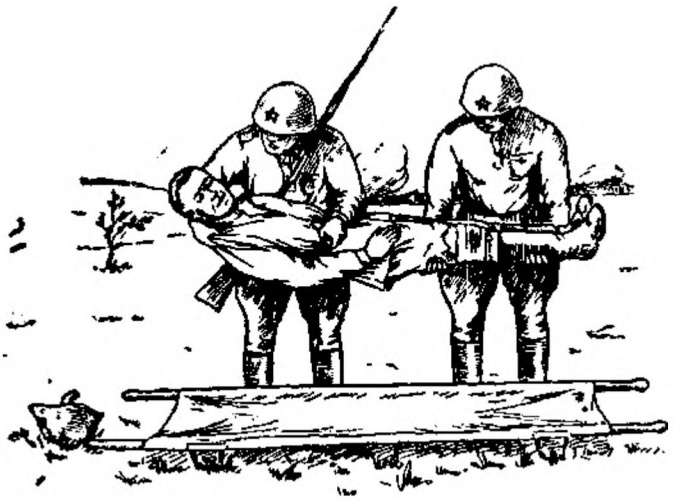


Рис. 7. Способ перекладывания на носилки при ранении нижних конечностей

В этих случаях лучше перекладывать раненого на носилки, не изменяя принятого им положения, захватывая одежду, если это возможно,, на соответствующей стороне. Этим исключается необходимость перевертывать раненого для придания ему физиологически выгодной позы после перемещения его на носилки.

Необходимая согласованность во времени всех движений санитаров при перекладывании раненых достигается подачей одним из санитаров

команды: «бе-рись», «подни-май», «опус-кай». Команда делится па предварительную и исполнительную, что способствует плавности работы.

Вое описанные выше приемы, простые для усвоения и легкие физически, позволяют поднимать и перекладывать раненого с земли быстро, бережно, с учетом характера ранения и боевой обстановки. Поэтому эти приемы можно рекомендовать для перекладывания раненых на поле боя. В мирных условиях приемы перекладывания раненых за одежду можно рекомендовать персоналу скорой помощи.

Данному вопросу в военно-медицинской литературе уделено мало внимания. Поэтому в наших учебниках необходимо более широко освещать способы перекладывания раненых.

Полиолковнчк мен, службы С. Л. ЛИКОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕТРАНСПОРТАБЕЛЬНЫХ РАНЕНЫХ ВО ВРЕМЯ НАСТУПАТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Организация хирургической помощи нетранспортабельным раненым в учреждениях войскового и армейского района во время наступления очень трудна. МСБ и ППГ, следуя за войсками, вынуждены часто менять свою дислокацию. Почти на каждом этапе они оставляют группы раненых, не подлежащих эвакуации, вследствие тяжести их состояния или недавно перенесенной крупной операции. Для лечения этих раненых остается медицинский персонал и медицинское н хозяйственное имущество. МСБ или ППГ, оставляющие позади себя более одной группы раненых, оказываются недостаточно мощными для ведения своей основной работы. Вместе с тем с тяжело ранеными обычно остаются самые малоквалифицированные врачи и сестры, неспособные обеспечить сложное и правильное лечение этих раненых. Отрыв такой группы на несколько десятков километров от основного лечебного учреждения делает ее совершенно беспомощной. Оставленные группы резко снижают мобильность и работоспособность лечебного учреждения.

Чтобы решить эти трудные вопросы, санитарная служба нашей армии в период подготовки к первым крупным наступательным операциям сформировала специальные группы обеспечения нетранспортабельных, которые мы сокращенно называли «ГРОН». Опытом работы этих групп мы и хотим поделиться.

Идея организации групп была горячо поддержана начальником санитарного отдела армии. Но при практическом решении .вопроса мы встретились с многочисленными трудностями. .

Необходимо было сфор..мировать группы из работников армейских лечебных учреждений, не ослабляя их значительно, сснастить эти группы всем необходимым для работы, не уменьшая в то же время мобильность армейского учреждения, поддерживать непрерывную связь с группами для пополнения израсходованного имущества, вывозить раненых после улучшения их состояния, обеспечивать дальнейший маневр группой, наладить правильный учет работы и отчетность групп.

Группы обеспечения нетранспортабельных мы сформировали в конце 1943 г. При первом же крупном наступлении мы убедились в целесообразности создания таких групп и в дальнейшем широко использовали их для лечения нетранспортабельных. Число групп в различные операции колебалось от 6 до 8. Нужно считать, что 9 МСБ могут быть удовлетворительно обслужены шестью группами. При этом МСБ, как

правило, приходится обслуживать не более одной остающейся в тылу группы раненых. Часть остающихся раненых принимают госпитали, ■следующие за МСБ. Число раненых, оставляемых одной группе обеспечения нетранспортабельных, обычно колеблется от 4—5 до 15 человек. В случаях, где близкое расположение медсанбатов до передислокации позволяло объединить остающихся нетранспортабельных раненых, число принимаемых группой раненых доходило до 30.

На одном месте группа работала от трех дней до двух недель.

Мы использовали группы для обеспечения нетранспортабельных раненых, оставляемых МСБ и ППГ 1-го эшелона ГБА, кроме специализированных ППГ профиля «голова», так как раненые, оставляемые таким госпиталям, требовали узко специальной помощи.

Группы укомплектовывались следующим образом. Личный состав выделяли по указанию армейского хирурга. ГЛР, ППГ 1-го эшелона ГБА и ОРМУ. Каждый госпиталь комплектовал одну группу, н одна группа комплектовалась ОРМУ. Начальником группы назначался инициативный врач, имеющий 2—3-годичный хирургический стаж, могущий производить небольшие срочные операции, окончивший армейские курсы повышения квалификации хирургов. В группу назначалась одна опытная операционная сестра и две младших. Креме того, в состав группы входил один санитар. За счет конно-санитарной роты группе придавалась одна или две пароконных повозки или зимой сани. Таким образом, группа состояла из 7 человек.

Из медицинского имущества группа имела большой перевязочный набор, комплекты Б1 и $Б_2$, набор медикаментов по специальному списку, физиологический раствор или кровезаменители в ампулах, аппаратуру для переливания крови. Из санитарно-хозяйственного: комплекты бель> на 10 коек, примус, топор, 2 ведра, 2 лопаты и набор .юсуды на 10 раненых.

Лечебное учреждение, оставляющее раненых, обеспечивало их: 1) помещением, 2) койками или нарами, 3) продуктами питания не менее чем на 10 суток, 4) медикаментами и в случае отсутствия у группы достаточного количества постельных принадлежностей — последними.

Начальник группы получал все необходимые документы, в том числе специальное удостоверение за подписью начальника тыла армии с предписанием оказывать группе содействие в перевозке раненых, размещении группы и т. д.

По приказу начсанарма за несколько дней до начала операции группы собирались в ГОПЭП на линии МСБ или головного госпитального коллектора, обычно вблизи от оперативней группы санотдела армии, поступая в ее распоряжение. Маневр группами производился приказом начальника оперативной группы санотдела армии. За связь с группами и эвакуацию от них раненых нес ответственность заместитель начальника лечебно-эвакуационного отдела.

Связь осуществлялась специальным офицером, который, объезжая МСБ, обязательно посещал и -работающие на данном направлении группы обеспечения нетранспортабельных. Сводки из группы обеспечения нетранспортабельных в период операции мы получали один раз е сутки по следующей форме: 1) дислокация, 2) состояло раненых, 3) поступило вновь, 4) эвакуировано, 5) умерло, 6) подлежит эвакуации, 7) состоит, 8) срочные нужды. Каждая группа вела журнал поступления раненых по форме, выработанной нами.

В случае задержки в разгрузке группы дальнейшее снабжение ее велось по приказанию начальника санотдела армии из ближайшего лечебного учреждения.

Мы предполагали, что группы встретят много трудностей в работе. Мы опасались большего отрыва от них ври быстром продвижении вперед, трудностей в лечении без повседневной квалифицированной кон-

сультации, нарушений в снабжении групп уходящими учреждениями и т. д. Жизнь показала, что все эти трудности устранимы.

Требования на присылку групп обеспечения нетранспортабельных значительно превышали наши возможности, но наличие 6—7 групп в армии значительно повышало мобильность и мощность лечебных учреждений.

В трех крупных операциях 1944—1945 гг., связанных с быстрым продвижением армии на десятки и сотни километро®, « группах находилось на излечении около 1,5е/# всех раненых или половина нетранспортабельных, оставляемых на месте при передислокации лечебных учреждений.

Работа групп была чрезвычайно напряженной. После эвакуации последнего раненого группы немедленно переводились на новое место работы. Сроки госпитализации были обычными для армии: после трепанации— 21 день, после лапаротомии—15 суток, после ушивания открытого пневмоторакса или ампутации — от 3 до 5 суток при удовлетворительном течении процесса. Группа обеспечивала захоронение умерших и оформление соответствующих документов.

Основным контингентам раненых, обслуживаемых группами, были перенесшие лапаротомию, оперированные по поводу открытого пневмоторакса, раненые после ампутация, раненые с газовой инфекцией. Значительно реже задерживались раненые, выходящие из шока или септические.

Поэтому хирургическая активность групп оказывалась минимальной. Иногда производились ампутации по вторичным показаниям и еще реже торакотомии при плевральном сепсисе.

Основной работой было выведение раненых из тяжелого состояния различными общеукрепляющими мероприятиями, особенно переливанием крови и капельным внутривенным и подкожным введением больших количеств жидкостей. Приходилось делать много плевральных пункций *и* широко применять сульфамиды. Гипсовой иммобилизацией по понятным причинам пользовались в единичных случаях, обычно пс указанию консультантов.

Чаще всего врачей группы обеспечения нетранспортабельных консультировал я; группы же, дислоцированные более далеко от фронта,, по моему указанию находились под наблюдением хирурга ПЭП. В одну из операций я выделил начальника хирургической группы ОРМУ специально для объезда и консультации врачей группы обеспечения нетранспортабельных, однако в разгар боевой операции его пришлось вернуть на основную работу.

■Нужно полагать, что такое постоянно консультирующее лицо увеличило бы эффективность лечения раненых в группах, однако в его распоряжение обязательно нужно предоставлять машину, так как группы обеспечения нетранспортабельных располагаются обычно очень далеко друг от друга. Чтобы обеспечить достаточный контроль за работой группы обеспечения нетранспортабельных, необходимо проводить секции умерших, находившихся на лечении в них. Так как во время боевой операции армейская ПАЛ не может взять на себя эту работу, секции должны проводиться врачом группы, либо надо, пользуясь ее транспортом, доставлять трупы умерших в лечебное учреждение, где работает ПАЛ.

Так как группам оставляли исключительно тяжело раненых, мы ожидали значительной смертности среди этих контингентов. Случаи смерти в группе относили за счет учреждения, оставившего раненого, однако увеличения смертности не наблюдалось, что мы объясняем хорошим уходом за ранеными в группе. Обычно на врача и трех сестер группы приходилось незначительное число раненых, и поэтому была

возможность создать лучшие условия для наблюдения за ранеными, чем в перегруженном во время боя основном учреждении.

С системой маневра группами можно познакомиться на опыте одной из операций нашей армии, закончившейся захватом Домбровского бассейна.

Принципы маневра группами были следующие. На исходном положенин головной коллектор, расположенный на линии МСБ, как правило, обеспечивал прием нетранспортабельных; раненых на носилках переносили на небольшое расстояние между госпиталями в МСБ. В дальнейшем одной передислокации коллектора соответствовало от 2 до' *4* передислокаций МСБ. Следующая дислокация соответствовала линии МСБ дивизий, ведущих бой за промежуточные рубежи, где снова увеличивалось поступление раненых. Поэтому группы обслуживали главным образом промежуточные дислокации с относительно небольшим поступлением раненых. Как правило, МСБ одного корпуса располагались поблизости друг от друга. В этих случаях удавалось перенести на носилках в одно место (на расстояние несколько сот метров) нетранспортабельных из двух-трех МСБ, и группа принимала всех этих раненых. Такими операциями по указанию санотдела армии часто руководили начсанкоры. Создание групп позволило нам в этой операции, строго выдерживая сроки госпитализации, избежать разбивки МСБ более чем иа два эшелона, несмотря на то, что отдельные МСБ имели по 17—19 передислокаций за (месяц наступления. Ввиду передислокаций госпиталей коллекторами, группы для обеспечения мобильности госпиталей не использовались. При передислокации коллектора на месте оставался один из госпиталей, принимавший и долечивавший нетранспортабельных.

Опыт работы групп в ряде последовательных крупных наступательных операций позволяет нам считать, что организация таких групп при правильном маневре ими, бесперебойной связи и консультации увеличивает маневренность и работоспособность МСБ, позволяет выдерживать сроки госпитализации раненых, перенесших тяжелые операции, обеспечивает им полноценный уход.

Начальниками групп следует назначать инициативных врачей средней квалификации.

Маневр группами и руководство ими осуществляется оперативной группой санотдела армии. Дислокация групп на исходном перед операцией положении — головной коллектор госпитальной базы. Группы необходимо тщательно инструктировать и оснастить. Начальники лечебных учреждений армии должны быть знакомы с объемом и принципом работы групп.

★

Майор мед. службы, кандидат мед. наук В. М. ШПАК

СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИЕМНО СОРТИРОВОЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ГОСПИТАЛЯ ФРОНТОВОГО ТЫЛА

Во время боев в районе Изюма (1943) в нашем госпитале (начальник госпиталя — полковник мед. службы А. В. Кондратов) было временно развернуто до 5 000 специализированных коек. На протяжении некоторого времени в среднем за сутки поступало до 600 раненых. Направлению в госпиталь с санитарной рампы (ст. Балашов) подлежали раненные в голову (включая раненных в череп, в /лаза, в че-

люсти и ЛОРорганы), раненые с проникающими ранениями груди, живота и мочеполовой системы, переломами бедер, ранениями крупных сосудов.

Приемно-сортировочное отделение (ПСО) было развернуто в нижнем этаже стандартного казарменного здания в бывшем авнагородке (рис. 1). Электроосвещение и водоснабжение в здании центральное. Для обеспечения круглосуточной работы персонал ПСО комплектовался из штатного состава и лиц, выделенных из других отделений госпиталя. Как первые, так и вторые разбивались на бригады, работающие посменно. Большую помощь оказывали сандружинницы из членов семей сотрудников госпиталя.

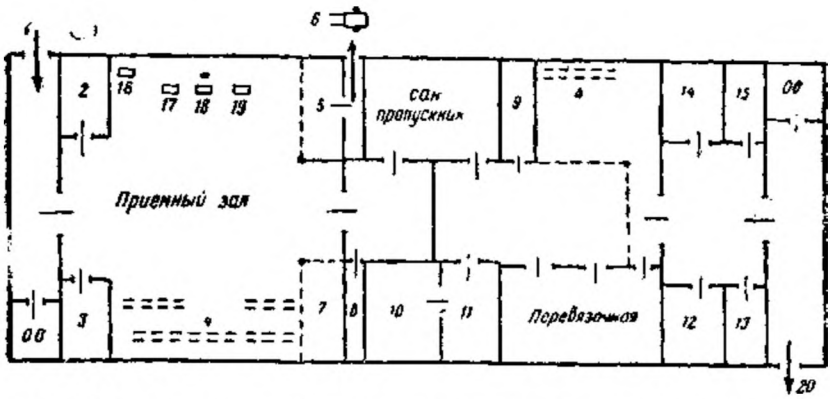


Рис. 1. Приемно-сортировочное отделение госпиталя фронтового тыла

/—разгрузочная пл-чшдка;
2.к«<инц
3—пинц.МИ I «даточная;
4—«ыелаи д/я посипоь;
5—прием вещей:
<5—пеоедвнжная лезкамера;
7—еарякмахер:
3- дезгредств»;
9—о пер вин о ни а я:
10- кладовая;
11 - Оелъеяая;
12—13— рентген;
14—кладовая;
15 - осядочинк;
/Л-КП;
17 - прием ртартлокумеитот;
/3-прием иенносей;
/9—прием ору» н я;
• ■ - ширмы из простынь;
■ЙУ—тод в ожелеиия

В штате ПСО были начальник, ведущий хирург и врач-ординатор. Для сменной работы прикомандировывались врачи из отделений: один врач для сортировки и 3—4 врача для работы в перевязочной. В отдельных случаях, в связи с определенным контингентом раненых, на работу в ПСО назначались врачи узких специальностей (стоматолог, офталмолог, ларинголог).

Сортировка прибывающих раненых производилась в приемном зале и включала два основных элемента: отбор нуждающихся в неотложной обработке и разметка отделений госпиталя на заполняемых здесь же историях болезни.

Сестринские бригады состояли из штатных медицинских сестер приемного зала, санпропускника, перевязочной (2 сменных сестры и старшая операционная медицинская сестра), зала ожидания .и отправки в отделения. Кроме того, посменно работали 2 медицинских сестры по уходу и до 5 сестер в перевязочной (их назначали из отделений).

Сменные бригады санитаров комплектовались из санитаров для выгрузки носилочных раненых из автомашин (2—4 человека), для выноса носилочных из приемного зала в санпропускник (2—4), для выноса из санпропускника в ■перевязо'Чную (2—4), для выноса из перевязочной в «чистый зал» и для погрузки в автомашины (2—4), для отправки по отделениям госпиталя.

В штате ПСО были также санитары-бригадиры для .руководства разгрузкой, переноской и погрузкой раненых санитарами сменных бригад.

Обязанности регистраторов выполняли вполне грамотные, но не имевшие медицинского образования девушки, которые заполняли паспортную часть историй болезни и статистические карточки, а также передавали истории болезни медицинской сестре приемного зала, которая в свою очередь передавала их медицинской сестре санпропускника. Таким образом, у нас раненые историй болезни на руки не получали.

В приемном зале были отдельные столы для: 1) приема личных вещей (штат вещевого отделения); 2) приема партийных документов (штат политаппарата); 3) приема ценностей н наград (штат финчасти); 4) приема оружия (дежурный офицер). Там же находился стол, получивший название «КП»: дежурный у телефона, старший регистратор (прием от регистраторов статистических карточек, ведение книги поступления раненых, табеля работы, учета мест в отделении, выдача чистых бланков и т. д.).

Для правильной и бесперебойной работы приемного зала необходимо достаточное количество обменных носилок, легких переносных скамей, предметов медицинского ухода (утки, подсовы, плевательницы, грелки, подкладная клеенка и пр.) и посуды для того, чтобы раненые могли получить горячую пищу, чай.

В приемном зале имелся шкаф неотложной помощи, специальные носилки и опечатанные санитарные сумки на случай воздушного нападения.

Основные виды работы ПСО: разгрузка раненых с прибывающих автомашин; сортировка и регистрация раненых; прием вещей, ценностей и документов; безводная санобработка и купанье; обработка в перевязочной; отправка в отделение. Каждый из видов этой работы по рождал много трудностей и вопросов, требовавших немедленного и оперативного решения. Поэтому основной задачей организации ПСО является строго продуманная единая система координации и увязки всех участков работы. Снижение пропускной способности душевой или перевязочной, задержка разгрузки автомашин могут приостановить всю работу и вызвать скопление раненых на том или ином участке ПСО. Такое же значение имеет бесперебойное снабжение чистым бельем, подача воды.

4 Пропускную способность санпропускника (5 душевых точек) и перевязочной (8 столов) нам удавалось довести до 30 человек в час.

Обработке в перевязочной ПСО подвергались все раненые. Правда, некоторое исключение составляли раненные в глаза и челюсти; помощь им обычно ограничивалась сменой повязки. Гипсовую иммобилизацию по гигиеническим мотивам чаще заменяли наложением шин.

В ПСО имелась специально оборудованная операционная для неотложных вмешательств (вторичное кровотечение, трахеотомия, пневмоторакс и пр.). Производились также катетеризация и другие менее сложные манипуляции. Во всех историях болезни врачи делали записи о состоянии раненого, локальных явлениях и оказанной помощи.

Обнаруженных при сортировке и обработке раненых с газовой инфекцией немедленно направляли в расположенный вблизи СЭГ.

Организация перевязочной и операционной в ПСО значительно улучшила обслуживание раненых, прибывших в госпиталь, облегчила работу отделений госпиталя и поэтому является вполне целесообразной.

Положительным оказался небольшой опыт организации при ПСО рентгеновского кабинета, владеющего методом фоторентгенографин.

★

С. Н. АРОНОВ

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ГАРНИЗОННОГО ГОСПИТАЛЯ[1]

Гарнизонные госпитали еще не привлекли к себе того внимания, которого они заслуживают. Между тем опыт войны и особенно послевоенного периода показал, что требования к госпиталям как со стороны рядового состава, так и особенно со стороны офицерского значительно выросли

В настоящей статье нам хотелось бы остановиться на так называемых общих (бытовых) вопросах, столь необходимых для правильной орпнизацни всего лечебного процесса. Нам кажется, что настало время разработать для гарнизонных госпиталей специальные табели в отношении снабжения их мебелью и вещевым довольствием. Пора слова «казарменный инвентарь» исключить из госпитального обихода и заменить его словами «больничная мебель». Это значит, что госпитали надо •оснастить не казарменной, а больничной мебелью.

Предметы вещевого довольствия госпиталей и посуда также должны отличаться от принятых для снабжения войсковых частей.

В табели необходимо включить ковры, дорожки, занавеси, салфетки, скатерти, настольные лампы, абажуры, чернильные приборы, пепельницы, шторы, гардины, мягкие гарнитуры мебели для комнат отдыха и др.

В процессе организации лечения далеко не одинаково решаются вопросы планирования медицинской работы, взаимоотношений между медицинскими отделениями и службами, документации в отделениях, распорядка дня, научно-исследовательской работы, повышения квалификации кадров, воспитательной работы с больными.

Во всех этих вопросах единого мнения нет, каждый гарнизонный госпиталь решает их по-своему.

В большинстве госпиталей медицинская работа не планируется, **а** между тем планирование ее очень важно. .

Там, где план медицинской работы есть, он разрабатывается обычно «а квартал и состоит из следующих разделов?

1. Лечебная работа. В этом разделе определяются меры по улучшению диагностики и лечения, т. е. какие методы диагностики и лечения должны будут применяться при наиболее часто встречающихся или наиболее тяжелых заболеваниях. Имеется в виду, конечно, все то новое, что предложено медицинской наукой, будь то новый метод лечения или лекарственный препарат, диагностический метод, инструмент или современный аппарат для исследования больных.
2. В разделе научной работы намечается определенная тематика.
3. В разделе «Работа с кадрами» намечаются темы научных конференций, тематика занятий с сестрами и санитарками, а также план санитарнсьпросветительной работы с больными.

При организации внутригоспитальной работы очень важно установить правильное взаимоотношение медицинских отделений и служб. Опыт показал, что наиболее правильным является принцип работы «на лечебные отделения». Это означает, что аптека собирает утром по отделениям рецепты, а к концу дня разносит медикаменты; лаборатория с утра собирает материал, а к вечеру разносит результаты исследований; прачечная в определенные часы доставляет лечебным отделениям чистое белье н забирает у них грязное и т. д. Такой порядок дает возможность медицинскому персоналу не отлучаться из отделения и максимум времени уделять больным.

[1] Печатается в порядке обсуждения. Редакция.

Генерал-полковник мед. службы Е. И. Смирнов всегда указывает на необходимость целесообразного использования техники, использования ее не в ущерб клиническому мышлению. Этого легко добиться, если начальники медицинских служб перестанут быть техническими исполнителями назначений лечащих врачей. Необходимо, например, чтобы начальник физиотерапевтического отделения допускал больных к приему процедур только после личного осмотра каждого больного, то же относится и к врачу-специалисту по лечебной физкультуре. Врач по питанию обязан периодически навещать больных, нуждающихся в специальном диэтетическом режиме, и совместно с лечащим врачом подбирать диэту. Необходимо также, чтобы рентгенологические исследования больных производились совместно с лечащим врачом. Такой порядок внесет больше сознательности в повседневную работу лечащего врача и повысит эффективность лечебного процесса.

Очень важна для успеха работы лечебных отделений документация. Главными являются два документа: история болезни и тетрадь лекарственных назначений. Нет необходимости говорить о значении хорошего ведения истории болезни, укажем лишь на одну важную мелочь; лечащий врач обязан сам вписывать в историю болезни результаты лабораторных анализов, это избавит его от неприятных «сюрпризов» и заставит изучать данные лабораторий.

Лекарственные назначения оформляются не везде одинаково. Одни заводят тетради по палатам или по алфавиту больных, другие заводят карточки отдельно на каждого больного- и т. п. Можно принять любую-форму, но при каждой должна быть дата назначения и дата отмены лекарства, ежедневная проверка, выполнения назначения и подпись лечащего врача.

Опыт показывает, что в отделении необходимо иметь следующие документы:

1. Книга больных отделения, причем желательно, чтобы в ней были все графы, требуемые периодическим медицинским отчетом. Такая книга значительно облегчит составление отчета.
2. Тетрадь учета сильно действующих лекарств.
3. Тетрадь учета медицинского имущества.
4. Тетрадь учета хозяйственного имущества.
5. Тетрадь учета занятий с сестрами, с санитарками и больными (учитывается посещаемость и тематика занятий).
6. Перечень обязанностей начальника, врачей, среднего и младшего медицинского и технического персонала — от начальника до санитарки отделения включительно, а также инструкции дежурному по отделению и дневальным по палатам (ив числа больных).
7. Инструкции ка случай оказания неотложной помощи в отделении.
8. Инструкция на случай пожара.
9. Распорядок дня отделения (госпиталя).
10. Правила поведения больных.
11. Календарный план работы отделения на месяц. В этом плане отражается вся медицинская, хозяйственная и политико-просветительная работа.

В приемном отделении ведется книга дежурного, инструкция дежурному врачу, книга отказов, книга тяжелых больных.

Жизнь госпиталя должна начинаться с утренней конференции, которая продолжается не более 15 минут. Руководит конференцией- начальник медицинской части. На конференции необходимо присутствие начальников хозяйственных подразделений. На конференции заслушивается доклад ответственного дежурного врача о количестве убывших и прибывших больных, о случаях смерти, о наиболее тяжелых больных госпиталя, о дефектах питания в госпитале, о происшествиях и приня-

тых мерах. В крупных госпиталях заслушиваются содоклады дежурного хирурга и дежурного терапевта. Начальник медицинской части отмечает недочеты в вaботе за прошедшие сутки и дает указания на текущие сутки. Периодически зачитываются наиболее важные приказы.

После окончания общей утренней конференции в отделениях проводятся «пятиминутки», на которых дежурная по отделению сестра или ночные сестры докладывают о состоянии тяжелых больных и о вновь поступивших, представляя их истории болезни начальнику отделения. Все это создает четкость и оперативность в работе.

Обходы всегда должны начинаться в строго определенный час. Начальник отделения обязан вместе со всеми врачами в течение нескольких минут сделать общий обход отделения. В обходе участвует и старшая сестра. При этом начальник здоровается с больными, выслушивает жалобы, проверяет санитарное состояние палат и намечает больных для своего осмотра. После этого лечащие врачи идут по своим палатам, а начальник отделения делает обход по своему плану с тем или иным врачом. Время работы у постели больного (примерно с 10.00 до 14.00) должно быть неприкосновенно. В этот период нельзя созывать никаких совещаний, никаких вызовов для осмотра больных вне госпиталя или амбулаторных внутр» госпиталя. Запрещаются вызовы по телефону, .вызовы в управление госпиталя и т. п. Только при этом условии лечащие врачи могут спокойно и эффективно работать с больными.

Во время обеда больных весь персонал необходимо переключить на быстрое и культурное обслуживание обедающих. В это время все неэкстренные процедуры и перевязки прекращаются.

Занятия с сестрами или с санитарками удобнее всего проводить с 15.00 до 16.00, когда больные отдыхают. Для наблюдения за больными остаются дежурные.

Время с 16.00 до 18.00 'Наиболее удобно для выполнения вечерних назначений, а с 18.00 — для клубной работы.

На основании нашего опыта рекомендуем следующий распорядок дня начальника госпиталя:.-в 9.00—присутствие на конференции, с 9.30 до 10.00 — утренний прием помощников, с 10.00 до 12.00 — лечебная работа в отделении по специальности, с 12.00 до 14.00 — обход одного из отделений или службы, с 14.00 — работа в управлении или выезд по служебным делам. Очень важно, чтобы начальник госпиталя при •своих обходах не забывал 'мелких подразделений.

План работы помощника начальника госпиталя по медицинской части строится приблизительно по такому типу; после конференции он подписывает рецепты, требующие его санкции (яды, спирты, дефицитные препараты), с 10.00 до 12.00 проводит лечебную работу в отделении по специальности, с 12.00 до 14.00 обходит подразделения, с 14.00 до 15.00 оформляет выписку больных, с 16.00 до 17.00 проводит госпитальную комиссию, с 17.00 работает в управлении.

Очень важны периодические и внезапные вечерние и особенно ночные обходы .начальника госпиталя и его помощников.

Каждый начальник медицинского отделения обязан периодически анализировать свой материал, подвергать его обработке, составлять ■отчет, делать выводы и предложения.

Для научной работы необходимо создавать соответствующие условия: отводить врачам время для работы в библиотеке, для посещения клиник и больниц, производить временные прикомандирования к клиникам и научно-исследовательским учреждениям. Мы никогда не испытывали разочарования, широко идя навстречу врачам, стремящимся вести научно-исследовательскую работу. Для повышения квалификации врачебного состава систематически проводятся конференции, органи-

зуется посещение заседаний научных обществ, создается госпитальная медицинская библиотека и т. д.

Повестка научных госпитальных конференций состоит обычно из докладов о выполнении плана научной работы госпиталя, реферативных обзоров современной литературы, клинических демонстраций больных, клиннко-ан атомических разборов летальных случаев, научно-учебных докладов и т. д.

Для повышения квалификации сестер и санитарок организуются занятия по вопросам ухода за больными. Для сестер эти вопросы должны ставиться шире. Сестер необходимо держать в курсе новейших достижений в диагностике и терапии заболеваний и тем повышать их интерес к медицине. Очень важным стимулом являются ежемесячные конференции сестер с постановкой на них- докладов самих сестер по актуальным вопросам ухода за больными. 1

Чтобы серьезно повышать квалификацию палатных сестер, нельзя допускать положения, при котором наиболее сложные процедуры (внутривенные вливания, аутогемотерапию и т. д.) выполняют только специально выделенные процедурные сестры, а палатным сестрам поручаются лишь наиболее простые процедуры: «банки», клизмы и др. Это угрожает деквалификацией палатных сестер и- вызывает законное недовольство их. Мы считаем полезным иметь процедурных сестер, но при условии периодической смены. ,

Занятия с санитарками должны проводиться преимущественно показом у постели больных на темы: «как переносить больных», «как подкладывать судно», «как менять белье», «как кормить тяжело больных» и т. д. Каждую санитарку надо обучить правилам асептики и антисептики.

Для успеха учебных занятий с персоналом очень важно проводить их в определенные часы и дни недели.

По вопросу о политико-воспитательной работе с больным-и также нет единого мнения. Некоторые начальники госпиталей считают, что больным надо предоставлять больше покоя,- что не следует занимать их досуга; другие, наоборот, требуют непременно полностью организовывать досуг больных. Эти вопросы отнюдь не технические. В ряде случаев они приобретают принципиальный характер. Например, язвенных больных лечат глубоким сном и в то же время демонстрируют им же такие волнующие картины, как «Радуга». Противоречивость этих явлений -очевидна. Демонстрация кинофильмов, концерты, спектакли и т. п. должны соответствовать лечебному процессу, а не мешать ему< Поэтому нужно очень внимательно относиться к разработке программ клубных мероприятий.

Мы коснулись только небольшой части вопросов сложной, разнообразной и большой работы госпиталя. Было бы весьма полезным, если бы на страницах нашего журнала работники госпиталей чаще делились своим опытом и обсуждали назревающие вопросы.

Ассистент Л. Х. ЧЕРВОНЫЙ

ИНФЕКЦИОННОЕ ОТДЕЛЕНИЕ НА «МАЛОЙ ЗЕМЛЕ»

Мыс «Хаио», на котором в 1943 г. в февральскую бурную ночь высадился десант морской пехоты, во главе с героем Советского Союза Луниным, представляет собой узкую кромку берега рядом с Цемесской бухтой у входа в Новороссийск. В задачу десанта входил удар по Новороссийску для соединения с фланга с нашими войсками, оперировавшими в районе цементного завода. Мыс получил (по своим малым размерам 3Х2 км) название «Малая земля».

На эту «Малую землю» в мае 1943 г. было выдвинуто отделение инфекционного госпиталя, которое работало до 16.1Х 1943 г., т. е. до соединения с «Большой землей» и освобождения нашими войсками Новороссийска. Инфекционное отделение расположилось в двух блиндажах в 200 и от берега, который подвергался наиболее интенсивному обстрелу, особенно к моменту ежедневного прибытия катеров к сейнеров с войсками и продовольствием (обычно к 23—24 часам), забиравших на своем «порожняке» обратным рейсом в Геленджик раненых и больных.

Ежедневно на узкую полосу земли падало несколько тысяч тяжелых снарядов и бомб. Земля была изрыта воронками.

В таких условиях начало работать инфекционное отделение со штатом в 4 человека: врач, фельдшер, 2 сестры-санитарки.

Мы ставили себе следующие задачи: I) раннее выявление инфекционных больных, госпитализацию их не позже 24 часов от начала заболевания; 2) лечение нетранспортабельных инфекционных больных на .месте в инфекционном отделении или в МСБ; 3) быстрейшую эвакуацию больных, нуждавшихся в длительном лечении, на «Большую землю»— в Геленджик; 4) скорейшее возвращение в строй оставшихся для лечения в инфекционном отделении.

Наше отделение имело три палаты: диагностическую, дизентерийную и эвакуационную.

Блиндажи были обеспечены ровиками, на расстоянии 1—2 м от блиндажей, и 10% раствором хлорной извести для их дезинфекции.

Посуда для больных кипятилась на месте и была индивидуализирована, пища доставлялась из кухни ГПЭП в специальных ведрах, используемых только отделением. После пользования ровиками и перед едой больные обязательню мыли руки хлорной водой. За 2—3 часа до начала эвакуации морем больные сосредоточивались в «эвакоблиндаже», который также имел отдельный персонал, ровики, кипяченую воду и дезраствор.

На случай появления других инфекций имелся резерв из четырех оборудованных блиндажей.

В круг .наших обязанностей входило также систематическое выявление подозрительных инфекционных больных в терапевтических отделениях МСБ, организация бригад для своевременной госпитализации этих больных, консультация больных в терапевтическое отделении ГПЭП и в инфекционных изоляторах частей.

Большую заботу вызывала у нас эвакуация и госпитализация инфекционных или подозрительных на инфекцию больных из частей. Не-

обходимо было воспользоваться каждой паузой в обстреле для эвакуации больных с переднего края (хотя вся «Малая земля» представляла передний край) в «тыловые учреждения». Такими паузами являлись сумерки между 21—22 часами, т. е. до наиболее интенсивного обстрела «тылов» на берегу моря, и предрассветные часы — 3—4 часа утра. В эти часы эвакуировались наиболее тяжелые больные и приходили легко больные. К 5 часам утра больных концентрировали в диагностическом и дизентерийном блиндажах. Не ожидая усиления артиллерийского обстрела, мы тут же осматривали больных, сортировали, у всех поносящих проверяли характер кала, делали подробную запись в истории болезни. Это в среднем занимало 3 часа, т. е. продолжалось до 8 часов утра. Днем всякое поступление к нам прекращалось, ввиду усиленного обстрела.

Еще большей заботы требовала эвакуация транспортабельных больных на «Большую землю». Необходимо было обеспечить непрерывное наблюдение за больными до посадки -в сейнер или катер, а также по возможности разместить инфекционных больных изолированно от остальной массы раненых и больных, обеспечить их уходом, кипяченой водой, специальным ведром для дефекации и дезрастворам.

Основным контингентом больных, эвакуированных на «Большую землю», были дизентерийные средней и леткой тяжести, транспортабельные тифозные н другие инфекционные больные, которых назначали к отправке в день поступления в наше отделение. .

Не менее важной задачей было лечение оставленных в отделении больных, страдающих гастро-энтеритами, колитами недизентерийной этиологии, лихорадящих больных без подозрения на инфекцию и нетранспортабельных инфекционных больных. В отношении страдавших гастроэнтеритами и колитами неинфекционной природы мы придерживались методики лечения слабительными и дизентерийным бактериофагом, в отношении лихорадящих больных—симптоматической терапии. Если лечение за *2*—3 дня не давало эффекта, больных отправляли на «Большую землю». Успешно поддающихся лечению мы отправляли в МСБ или долечивали на месте.

Нетранспортабельных больных за 4 месяца было 14 человек, из яих 4 с токсической дизентерией, 6 с брюшным тифом и 4 с коматозной малярией. В случаях дизентерии мы применяли сульфидин и гемотрансфузию, в случаях коматозной малярии—двухлор истоводородный хинин внутривенно или внутримышечно.

Брюшнотифозных больных лечили глюкозой, гемотрансфузиями при кишечных кровотечениях и симптоматическими средствами для поддержания функции сердечно-сосудистой системы. Двое из 6 брюшнотифозных больных умерли (поздняя госпитализация) при явлениях кишечного кровотечения. Остальные 12 нетранспортабельных больных выздоровели,

В итоге проведенной лечебно-противоэпидемической работы мы добились следующих результатов.

Из 385 больных дизентерией мы эвакуировали на «Большую землю» всех, за исключением 10, которые категорически отказались от эвакуации. Среди транспортабельных, оставленных нами для лечения в отделении, были больные с гастро-энтеритами (77), колитами (153), гриппом, малярией и др. (64).

Все они были по выздоровлении возвращены в строй.

*

Капитан мед, службы А. И. КИРЬЯНОВА

ОЦЕНКА СТЕРИЛИЗУЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ СПИРАЛИ, ПРЕДЛОЖЕННОЙ ДЛЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ВОДЫ

(Спираль ЬК2)

Из эпидемиологического отдела (нач. — подполковник мед. службы Г. П. Калина) санитарно-эпидемиологической лаборатории ЦГВ (нач, — подполковник мед. службы Д. Н. Калюжный)

Стерилизующее действие спиралей ЬК2 проверялось на речной воде и на различных бактериях кишечной группы — кишечной палочке, палочке брюшного тифа, паратифа А, паратифа В и дизентерии Гис-Флекснера. В каждом случае было проделано по два опыта.

Для испытания действия опирали ЬК2 воду в количестве 200—300 см' наливали в стерильные стеклянные банки.

Сначала производили посев испытуемой воды для определения титра кишечной палочки и числа микробных тел. Титр кишечной палочки определяли путем посева различных объемов воды (100, 10, 1 и 0,1 см^5) на среду Эйкмана и затем высева на среду Эндо. Определение коли-

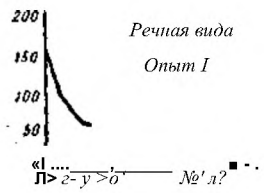


Рис. 1

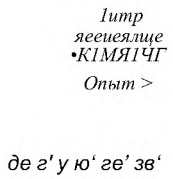


Рис. 2

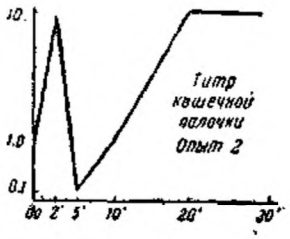


Рис. 3

чества микробных тел производилось в 0,2 см® испытуемой воды, которую наливали в стерильную чашку Петри и заливали расплавленным .мясопептонным агаром. Для испытания действия спирали в стерильные стеклянные банки наливали 200—300 см® воды и погружали в нее на 30 минут спираль СК 2. После контакта в течение 2—5—10—20—30 минут производили высевы воды так же. как описано выше для определения титра кишечной палочки и количества микробных тел.

Методика работы с эмульсиями живых культур была одинаковой: 100 см® стерильной дестиллированной воды в стерильном стакане в различной степени заражали живыми культурами.

До погружения спирали и после ее пребывания в течение 2—5—10—20—30 минут в зараженной воде производили высевы воды по 0,2 ом® для определения количества микробных тел в этом объеме.

После суточного пребывания посевов в термостате подсчитывали колонии.

Речная вода. Опыт № 1 (рис. 1). По мере удлинения контакта количество микробных тел уменьшалось и после 30-минутного пребывания опирали в воде упало до 25% первоначального. Но титр кишечной палочки остался без изменений — 10 000 000.

Опыт № 2 (рис. 2). Проба воды в этом опыте содержала большое количество (микробных тел, титр кишечной палочки был равным 1 000 000. Несмотря на длительное пребывание спирали в воде (30 минут), количество микробных тел оставалось настолько высоким, что его не удалось подсчитать. Титр кишечной палочки колебался « лишь после 20—30-минутного контакта увеличился только до 10 000 000.

Кишечная палочка. Опыт № I (рис. 3). Эффект действия спирали проявился только после 30-минутного контакта. Количество «микробных тел упало до 61% первоначального.

Опыт № 2 (рис. 4). После контакта в течение 2 минут количество микробных тел уже значительно уменьшилось (до 32%). В дальнейшем по мере увеличения продолжительности пребывания спирали оно снижалось и к концу опыта упало до 2% первоначального.

Палочка брюшного тифа (рис. 5). В обоих опытах бактерицидное действие спирали проявилось уже после двухминутной экспозиции (9—22%), с удлинением контакта эффект повышался и после 10—20-минутного пребывания спирали посевы воды оказались стерильными.

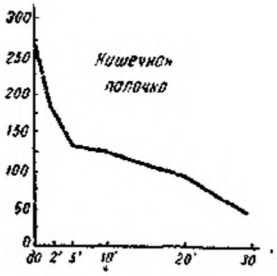


Рис. 4

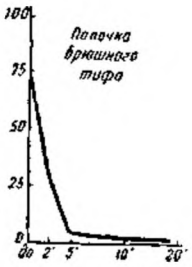


Рис. 5

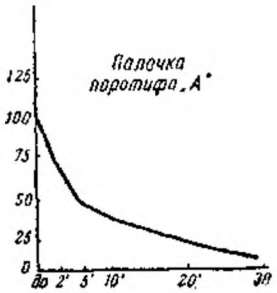


Рис. 6

Палочка паратифа А (рис. 6). Количество микробных тел уменьшалось значительно медленнее, чем в опыте с брюшнотифозной палочкой, но уже после 10-минутной экспозиции действие спирали заметно усилилось и к концу опыта количество микробов снизилось до 5—8% первоначального.

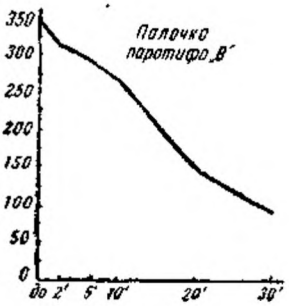


Рис. 7

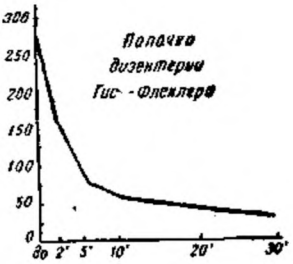


Рис. 8

Палочка паратифа В. Опыт № 1 (рис. 7). Судить о стерилизующем действии спирали ЬК7 на палочку паратифа В было невозможно, так как количество микробных тел увеличивалось.

В опыте № 2 лишь после 20-минутного пребывания спирали в воде, зараженной культурой паратифа В, отмечалось значительное снижение количества микробных тел (до 4,3%), к концу опыта оно было равно 2%. Данные этого опыта указывают на бактерицидное действие спирали в отношении этой культуры.

Палочка дизентерии Гис - Ф л е к с и е р а. В опыте № 1 (рис. 8) бактерицидное действие спирали оказалось незначительным. К концу опыта количество дизентерийных палочек уменьшилось лишь до 39%. В опыте '№ 2 стерилизующее действие спирали выражалось

сильнее. После ЗО-^минуткой экспозиции количество микробных тел достигло 1,9е/».

Приведенные средние данные свидетельствуют также о стерилизующем действии спирали и на палочку дизентерии Гис-Флекснера.

Выводы

1. Спираль ЬК2 обладает стерилизующим действием на микробы кишечной группы, причем окончательный эффект этого действия стоит в прямой зависимости от длительности контакта со спиралью и в обратной — от количества микробных тел, содержащихся в обеззараживаемой воде.

2. Бактерицидное действие спирали на кишечную палочку в чистой культуре и речной воде выражено сравнительно слабо. Экспозиция в течение 5—10 минут почти не дает эффекта. Лишь при удлинении экспозиции намечается значительное уменьшение количества кишечной палочки. Нарастание титра кишечной палочки незначительное.

3. Стерилизующее действие спирали ЬК7 на микробы кишечной группы выражено сравнительно слабо.

4. Спираль ЬК2 может быть рекомендована для обеззараживания только сравнительно чистых вод.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941-1945) (Продолжение[1])

8. РАНЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Палладия А. В., Витамин Кз при кровотечениях и лечении ран. в ки. Доклады Академии наук СССР, Новая серия, т, 41, в. 2, М.. стр, 85—37, 1943.

Палладии А. В., Применение метилпафтохинона (витамин Кз) для борьбы с кровотечениями я для лечения ран. в кн. Доклады Академии наук СССР, Новая серия, т. 41, в. 2, М., стр. 82—84, 1943. Библиогр.

Палладии А. В., Синтетические аналоги витамина К и их применение в хирургии и терапии, в кн. Достижения советской медицины в годы войны, в. 2. М., стр. 72—81, 1942.

Палладии А. В. и др., Применение витамина Кз (метнлнафтохинона) в хирургии. Хирургия, 3, 1944.

Палладии А. В. и др.. Синтетические аналоги витамина К и их применение для борьбы с кровотечениями и для лечения, ран. Врачебное дело, 1—2, 1945.

П а п и с я к В. И., Механизмы лечебного действия бикарбоната аммония при применении к гнойным и вяло заживающим ранам, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества н Госпитального совета НКЗлрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 25—31, 1942.

Ларин Б. В., Кожная пластика при обширных и длительно не заживающих ранах, Молотов, 6 стр., 1945 (Мол ото веки Я ЭП № 44. Листок обмена госпитальным опытом. № 25).

Парии Б. В., Методика итальянской пластики при незаживающих ранах и язвах голени и стопы, Молотов. 5 стр., 1945 (Молотовский ЭП № 44. Листок обмена госпитальным опытом. № 24).

Парфенов А. Н., Изменения физико-механических свойств ткани, облегчающие растягивания рубцов, спаек и сращений, в кн. Труды Ученого медицинского совета при начальнике Медико-санитарного управления Военно-Морского Флота, т. 3, в. 4, № 10, М,, стр. 58—63, 1944.

Парфенов А. П. и Кунгурцева Л. А., Средняя суточная скорость заживления рак. Военно-морской врач, 4, 1944.

Пейсахаон С. Б., Операции на периферической нервной системе при незаживших ранах, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 258—261, 1943.

Пентин А. Г. и Чернышева Л. И., Опыт применения сыворотки акад. А. А. Богомольца в лечении огнестрельных ранений, в кн Сборник научных работ 'по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 538—543, 1941.

Пентин А. Г. и Чернышева Л. И., Опыт применения антиретикулярной цитотоксической сыаороткн в лечении огнестрельных ранений в кн. Физиология системы соединительной ткани, Киев, стр, 931—936, 1941,

Первые наблюдения над лечением ран гемоловязками, Госпитальное дело, 8—9, 1943.

Перельман И. М., Первичный отсроченный и вторичный шов при повреждениях военного времени. Новый хирургический архив, 49, I—2, 1941,

Петров Б. А., Лечение огнестрельных ранений коленного сустава, М., Медгиз, 183 стр, с илл„ 1945. Библиогр.

Петров Н. Н.. Мероприятия при ранениях отдельных частей тела, в ки. Лечение военных ранений. Л., стр. 224—253. 1945.

Петров Н. Н.. Новые бальзамы для лечения ран, в кн. Труды эвакогоспиталей ФЭП 50. № I. Л., стр. 5—11, 1942; Сборник научных работ института за год Отечественной войны, Л„ стр. 24—29, 1942 (Государственный институт усовершенствования врачей нм. С. М. Кирова).

1 См. .ВМЖ* № 1 и 2. 1947.

Петров Н. Н., Общеинфекционные формы при ранениях и затяжные местные фермы, в кн. Лечение военных ранений. Л,, стр, 146—185. 1945,

Петров Н. Н., Общие принципы лечения местной раневой инфекции: содействие покою, опорожнению раневого секрета, притоку крови; фаготерапия, в кк. Лечение ранений на войне, изд. 6-е, Л., стр. 85—89, 1942; Лечение военных ранений, Л., стр. 79—82, 1945.

Петров Н. Н„ Методика химической очистки, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр, 99—111, 1945.

Петров И. Н,, Новые бальзамы для лечения ран, в кн. Труды эвакогоспиталей Ленинграда, № 1, Л„ стр. 5—11, 1942.

Петров Н. Н., Современные направления -в сторону повышения активности оперативного лечения воспалившихся ран, в кн. Лечение военных ранений. Л., стр. 121—126, 1945..

Петров Н. Н., Чечулин А. С., Повязка, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 353—424, 1945. '

Петров Н. О„ Активная хирургическая обработка ранений мягких ткачей, е кн. Труды эвакогоспиталей РЭП 27, сб. 1, б. м., стр. 67—70, 1944. Для сл. польз.

Петров Н. О., Веселкин П. Н. и др., О сравнительной терапевтической ценности крово- и плазиозамещающих жидкостей Петрова, Сельповского и серэ-трансфузяи, ВСД, 8—9, 1943.

Петрова А. А., Поздний шов при ранениях мягких тканей, в кп. Труды I -й хирургической конференции Ы-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 332—335, 1943. '

Печников Я. Д., Лечение незаживающих язв после боевых травм постоянно влажной повязкой. Госпитальное дело, 3, 1944.

Пикин К- И., Лечение свежих ран подсадкой химически обработанных тканей, ВСД, 7—8, 1942; Советская медицина, 9, 1942.

П и к у с Я. 3., Первые наблюдения над лечением ран методом гемоповязок. Госпитальное дело, 8—9, 1942.

П л е цвты» Д., О действии КР/я мази с эмбриональной эмульсией на заживление ран, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 59—61, 1944. Библиогр.

Пписан О. Г. и др„ К вопросу о действии и применении новейших бактерицидных веществ, Вестиик хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.

Погорелов, Предварительные данные наблюдений о применении эмульсий белого стрептоцида при лечении огнестрельных ран и переломов, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 2, М., стр. 66—70, 1943.

Подзолов В. В., Лечение огнестрельных ран по методу проф. А. В. Вишневского, Новый хирургический архив, 48, 4, 1941.

Покровская М., Исследования микрофлоры ран и ее динамика в цитограммах раневого экссудата, Госпитальное дело, 7—8, 1944; Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Покровская М. П., Лечение ран бактериофагом, М. — Л., Медгиз, 59 стр., 1941.

Покровская И. П. и др., Цитология раневого экссудата как показатель процесса заживления раны. И.. Медгиз, 43 стр., 1942 (Г ВС У Красной Армии) (Рецензия, Госпитальное дело, 5—6, 1943).

Покровский Н. М., К вопросу о наиболее рациональных отсасывающих повязках на гнойные раны, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 4, 1941.

Полтавец В. Г., Заживление после операционных ран в. условиях неспецвфнческой сенсибилизации организма, Хирургия, 1, 1945.

Поляков К. Л-. Влияние экспериментального сна на заживление ран (заживление дефектов кожи у человека), в кн. Воен но-медицинский сборник, № 2, М. —Л., стр. 223—233, 1945. Библиогр.

Полянцев А. А., Модификация сосудистого шва Карреля, Госпитальное дело, 3, 1945.

Полянцев А. А., Применение витамина Кз (метнлнафтохинона) в хирургии, в ки. Витамин К, М., стр, 15—27, 1944.

Попов Е. Н,, К технике наложения пластинчатого шва, в кн. Сборник работ по военной медицине, в. I, б. м„ Воениздат НКО, стр. 81—84, 1944 (Санитарное управление 2-го Украинского фронта).

Попова А. Б., Опыт сравнительной оценки действия жидкого и сухого фага при лечении огнестрельных ранений и показания к их применению, Хирургия, 6, 1944.

Португалов С. О. и др. Значение отпечатка раневого экссудата при лечении огнестрельных ран и наложение вторичного шва, Госпитальное дело, 10—11, 1944.

Применение раствора борной кислоты при лечении язв, ран и отморожений, Госпитальное дело, 10, 1942.

Применение эфирных масел для лечения инфицированных ран, Хирургия, 4, 1944.

Прокопчук А. Я., Лечение гнойных ран и фурункулеза альбуцидом. Практическая дерматология, 3, 1944.

Проскуряков С. А., Новый способ наложения швов при пластических операциях, В кн. Сборник работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 220—229, 1943.

Раздьяконов А. М., Случай «разминирования» раны, Хирургия, 10, 1942.

Р а й х м а н Р. С., Лечение гнойных ран бактериофагом, в кн. Сборник работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 176—180, 1943,

Ратнер Л, М., Сульфамидная терапия и профилактика при хирургических заболеваниях и повреждениях, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 18—43. 1943, Библиогр.

Ратнер Ю. А., Применение сальника в лечения инфицированных ран и язвенно-дистрофических процессов. Казанский медицинский журнал, 3. 1941.

Рахманов А. Г., О мерах к быстрому заживлению ран, ВСД, 12, 1941.

Рахманов А. В., Применение физических методов при лечении ран, Фельдшер и акушерка, 3, 1943.

Резников И. М., Щелок в лечении незаживающих ран. Советская медицина, 7—8, 1944.

Рейнберг Г. А., Надо активнее оперировать раненых в эвакогоспиталях, Хирургия, 7, 1943.

Рейнберг Г, А., О некоторых типичных ошибках, допускаемых при лечении раненых в госпиталях. Госпитальное дело, 7, 1942.

Речменсклй С. С., К характеристике флоры ран, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Розенталь С. К„ Опыт лечения длительно не заживающих язв спиртовым ■экстрактом нафталанской нефти, в кн. Сборник работ эвакогоспиталей Красноярского края, Красноярск, стр. 163—176, 1945.

Рохлин Я- А.. Применение мыла и воды для очистки ран, Реферат, в кн. Военная медицина за рубежом, в. 3, М„ Медгиз, 1944.

Рубцова Е. М., Применение вторичного шва (при огнестрельном ранении), а кн. Сборник научных работ М-ского эвакогоспиталя, Горький, стр. 21—32, 1943. Библиогр.

Руднй М. С., О методике лечения ран лучистой энергией, Здравоохранение Казахстана, 5, 1942.

Русанов М. Н., Топография пулевой раны. Здравоохранение Казахстана,. 6. 1942.

Руфаиов *И. Г.,* Современные методы лечения рая. Фельдшер и акушерка, 1. 1942.

Р у ф а н о в И. Г., Активность и комплексность в лечении огнестрельных ранений, Госпитальное дело, 4, 1943.

Р у ф а н о в И. Г, и Ростоцкий И. Б., Боевая рана, М., Институт санитарного просвещения, 36 стр. с илл., 1944.

Рябова П. П„ О влиянии моносепта иа процесс заживления инфицированных ран, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну. Рефераты, в. 1, М.. стр. 46—47, 1944 (ГВСУ Красной Армий).

Савицкий А. И., Поздняя хирургическая обработка осложненных огнестрельтчых ранений, Хирургия, 5—6, 1943.

С а а он т о в В. И., «Катализин» — новый биологический препарат для лечения инфицированных ран. Вестник хирургии им. Грекова, 64, 2, 1944.

С а зон тов В. И., Клинические наблюдения при лечении ран древесным дымом (фумигация ран), Хирургия, 10, 1943.

Сазонтов В, И. и Шварцберг С. М., О вторичном и этапном сближения краев ран, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 2, Л., стр. 12—16, 1943 (ВСУ Ленинградского фронта).

Салищев В. Э., О современных методах лечения ран, Фельдшер и акушерка, 5, 1942.

Самарин Н. Н., Эволюция операции иссечения с веже инфицированных ран. Вестник хирургии им. Грекова, 62, 4, 1943.

Самарин Н. Н. и Самарина О. К., Местное применение белого стрептоцида для лечения огнестрельных рай, в кн. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны, в. 4, Л., стр. 18—23, 1943.

Самарин Н. Н. и Самарина О. К., Стрептоцид и лечение ран, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 1, Л., стр. 15—24, 1942; Сборник научных работ института за год Отечественной войны, Л., стр. 33—34, 1942 (Государственный институт усовершенствования врачей нм. С. М. Кирова).

Самсонов П. Ф. н др1, Материалы о микрофлоре ран, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 199—203, 1943.

Сахаров Г, П. и Лебедева О. В., Влияние околоплодной жидкости на заживление ран. Журнал микробиологии, эпидемиологии н иммунобиологии, 17, 3, 1944.

Сахаров Г. П. и др., Закономерности раневого процесса, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 18, 6, 12, 1944.

Сахаров П. П., Экспериментальные данные ио применению сульфамидны» эмульсий, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 2, М., стр. 10—15, 1943.

Селезнева З. В„ Влияние трансплантации большого сальника в область ра ны на развитие соединительной ткани регенерата, в кн, Сборник авторефератов и тезисов научных работ, Д'» I, Самарканд, стр. 47, (943 (Самаркандский горком союза, высшей школы).

Селиванова Т. П. и др.. Динамика изменения мнкрофлсры вяло заживающих ран при лечении белым стрептоцидом и парафином, в кн. Сборник работ научной сессии, посвященной 25-летию советского здравоохранения н 25-летию Воронеж ского медицинского института, Ульяновск, стр. 36—40, 1944.

Семенов В. С.. О лечении хронических огнестрельных остеомиэлитов, в кн Сборник научных работ Якутской республиканской больницы, в. 2, Якутск, стр. 25—32, 1945. Библиогр.

Сержанин А. И., Влияние ультрафиолетовых лучей на проницаемость раневого барьера, в к и. Труды Воронежского института физических методов лечения, в. 2, Воронеж, стр. 102—109, 1941.

Сидоров-Н. В., О бактериологическом контроле при лечении ран, в кн. Сбор ник научных работ эвакогоспиталей. М., Медгиз, стр. 10—13. 1942 (Санотдел СибВО).

Снповский П. В. и Арлпхпн Н. И., Морфологические изменения раневых поверхностей под действием можжевелового (арчевого) масла, в кн. О лечении военных ранений препаратами можжевелового (арчевого) масла, Сталннаб3д, стр 17—5С 1942,

Ситникова В. И., Консервативное лечение длительно не заживающих ран, в кн. Сборник работ эоакогос пит алей Красноярского края, Красноярск, стр. 152—162, 1945.

Ск ундин а М. Г., Вторичный шов при гранулирующих ранах, в кн. Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей Кировской области. Л., стр. (45—151, 1944.

Слупский Н. Е., О лечении гранулирующих ран, ВСД, 10, 1942.

Слупскнй Н. Е., О лечении гранулирующих ран методом иссечения грануляционной ткани *с изложением* шва, в кн. Лечение длительно не заживающих ран мягких тканей, М.. стр. 9—11, 1944: Труды 1-й хирургической конференции М-екого РЭП 27—30 июля 1912 Г., б. м., стр. 329—331. 1943.

Смирнов П. П. и Герасимова Т. С.. Диатомит (трепел) п применена» его при лечении инфицированных рай, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. I, Свердловск, стр. 139—145, 1942. Библиогр.

Смирное С. А„ О применении в хирургии нового отечественного препарата лечебной кровохлебки, в кн. Сборник работ санитарной службы СнбВО, в. 2, М-, стр. (70—174, 1943.

Соболев П. И., Первичная обработка случайных травматических ран по материалу госпитальной хирургической клиники КМИ, в кн. Труды Кубанского государственного медицинского института им.'Красной Армии, Краснодар, стр. 107—120 1941.

Советский грамицидин и лечение ран, М.. Медгиз, 56 стр., 1943 (Централь ный институт малярии и медицинской паразитологии НКЗдрава СССР). Библиогр.

Согомонян В. С., Лечение инфицированных ран аммиачными растворами солей серебря, в кн. Сборник научных трудов, Ереван, Ереванский медицинский институт, стр. 197—208. 1944.

Соколов А. С., Лечение огнестрельных ран масляно-бальзамическими повязками по Вишневскому, Советский врачебный журнал, 2, 1941.

Соколов И. Й„ Открытое лечение ампутационной раны, М., Военмориздат 30 стр. с илл., 1942,

Соколов С. Д., Лечение ран хлорамином, в кн. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений п отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 524—531, 1941.

Соколова А. В., Микрофлора ран по материалам Ы-ского госпиталя, в кн Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталя НКЗдрава Дагестанской ССР, т. I, Махач-Кала, стр. 65—67, 1943.

Соколовский М. П., Как избавиться от личинок мух в раке, ВСД, 9, 1942

Соколовский М. П„ О раневом барьере и о различных способах воздей ствия на него. Доклад на 2-м Белорусском съезде хирургов 25—26.1.(941, Новый хи рургический архив, 49, 1—2, 1941.

С о л д а т ч е и к о в И. А., Иссечение гранулирующих ран и наложение глухого шва, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, стр. 55—62. 1945.

Соловьев Б. М., Стрептоцид з новой лекарственной форме. Реверзибелыш эмульсия (для лечения ран). Ветеринария. 12, 1942.

Соломонов М., «Хирургические личинки мух», Лечение гнойных ран стерильными личинками мух. Наука и жизнь, 2—3, 1945.

Солоун Н. С., Применение антиретнкулярной цитотоксической сыворотки в условиях военного времени, Молотов, Молотовский эвакопункт № 44, 3 стр., 194Ф (Листок обмена госпитальным опытом, № 22).

Сотская 3. Л. и др., Влияние первичной хирургической обработки на микроритору огнестрельных ран, в кн. Военная медицина в условиях оборони Одессы « Севастополя, М., стр. 160—164, 1943,

Старокадомскнй Л. М., Применение пластических гелей в качестве исполнителен ври лечении ран сульфамидами. Реферат, ВМЖ, январь—Февраль 1944.

Степанян Е. П., Влияние поливитаминной терапии на гипо протромбине илю у хирургических больных, Клиническая медицина, 22, 3, 1944.

Стимуляция заживления ран. Итоги 2 лет работы по стимуляции заживле-.ни я рач мазью с эмбриональной эмульсией. Томск, Томский медицинский институт, 184 стр., 1944. Библиогр. Аннотация. Хирургия, II, 1944.

Суховат и вина Л. П., Микрофлора огнестрельных ран. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 10—11, 1941.

Таборисскпй М. Г., Вторичные швы и эпидермальная пластика в учреждениях фронтового района, Хирургия, 2, 1915.

Т е в е л е в М. С-, Якубовский М. И., Лечение ран консервированной околоплодной оболочкой, в кн. 1-й сборник научных работ госпиталя НКО, б. м., стр. 63—71, 1943.

Теленгатор Я. М., Глухие парафиновые повязки в комплексном методе лечения длительно не заживающих ран по материалам И-ского госпиталя, Госпиталь-•ное дело, 12, 1944.

Темнов В. А., Бактерицид и ость пчелиного меда и его применение для лечения инфицированных ран, Успехи современной биологии, 1, 1944,

Темнов В. А, и Катаев П. С., О применении пчелиного меда для лечения ;раи, Госпитальное дело, 10—11, 1944.

Терентьев А. П. и др.. Лечение гнойных ран препаратами специальных глин, -в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 215—219, 1943 (САВО),

Терещенко Ф. А., Оксигенотерапия н трансплантат при трофических язвах и торпид но-протека ющнх ранах, Военно-морской врач, 5—6, 1942.

Тимофеев Н. С., К вопросу о роли морской воды в хирургии, Военно-морской врач, 2, 1945.

Титов В. И., Вторичный шов огнестрельных ран. в кн. Труды В оеи но-медицинской академии, т. 30, Л., стр. 141—147, 1941. Бнблчогр.

То поре кий К. И., Лечение инфицированных ран ультрафиолетовыми лучами. ■Реферат, в кв. Сборник трудов института за 194! г., Сочи, стр. 17—18, 1942 (Государственный бальнеологический институт им. Сталина).

Торопцов Н. В., Параллели между фитоцпдами и другими современными •бактеркоццдами в отношении влияния их на организм в связи с проблемой инфицированных ран, в кн. Фитоииды, Томск, стр. 169—191, 1944.

Торолцев И. В. в Филатова А. Л,, Опыт исследования фитоцндов при лечении инфицированных ран. Хирургия, 5—6, 1943.

Тотинский И. И., Опыт лечения гнойных ран бактериофагом, в кв. Труды Межреспубликанского совещания главных и ведущих хирургов Узбекской, Таджикской, Туркменской, Киргизской и Казахской ССР, Ташкент, стр. 61—63. 1943; Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 227—230, 1943.

Трактман Б. М., Наш опыт лечения ран местным д'Арсонвалем, в кн. Вопросы хирургии в эвакогоспиталях. Горький, стр. 42—44, 1942.

Трещевский Н. П. в Гринеберг И. Р., К вопросу о микрофлоре ран в ■отмороженных тканей, Журнал микробиологии, эпидемиологии п иммунобиологии, 10—11, 1941.

Троян Р. П., Хирургические методы лечения длительно не заживающих ран, ■в кн. Сборник р'абот эьакогоелнталей Красноярского края, Красноярск, стр. 144—151, 1945.

Тунин, Истории и др., К вопросу о местной витаминизации ран, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 1, Л., стр. 40—45, 1942 (ВСУ Ленинградского фронта).

Туровский С. Л.. Лечение АНС инфицированных ран, в кн. О лечебном действии антиретикулярной цитотоксической сыворотки «АЦС». Тезисы докладов, Уфа, стр, 63, 1942 (Академия наук Украинской ССР).

Туровская А. И. и др.. Заживление ран под долго не сменяемыми повязками, ВСД, б, 1942.

Ушибленные сапы, в кн. Обозрение боитанской военной медицины, Лондон, стр. 75—80, 1942.

Фабрикант М> Б., Иммунобиологическое направление в лечении ран, в кп. Труды Киргизского государственного медицинского института, т. I, Фрунзе, стр. 21—29, 1943.

Фаготерапия ранений в условиях эвакогоспиталя. Материалы 1-й хирургической клиники Тбилисского института усовершенствования врачей, Тбилиси, Грузиедгиз, 71 стр, с нлл., 1942.

Фалин Л. И. и Рин чнно М. Н., Динамика клеточных элементов в экссудате длительно не заживающих ран» Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 4—5, 1944, Здравоохранение Казахстала, 12, 1943.

Ф а рх ал ин Х. Р,, К проблеме лечебной пересадки ткани. Диссертация, Самарканд, Военно-медниинская академия, 157 стр., 1944.

Федоров Д. Н. и др., Лечение огнестрельных ранений и отморожений в условиях эвакогоспиталя мазевыми повязками. Архив биологических наук, 62, I, 1941.

Федоров И. И., Биохимическая характеристика крови, притекающей к ране и оттекающей от нее, в кн. Механизмы патологических реакций, в. 6, Киров, стр. 49—68, 1943,

Федорович Д, П., Лечение гнойных ран неопантоцидом, ВСД, 9, 1941.

Федорович Д. Л., Лечение огнестрельных ран бактериофагом, Советская медицина, б, 1944.

Федорович Д. П., Лечение огнестрельных ран препаратами <905» и <905а». Хирургия, 4, 1943.

Феофилов П. Д., По вопросу о вторичном шве ран мягких тканей, в кн. Сборник научных работ Московского коммунистического военного госпиталя, Горький, стр. 30—32, 1943.

Филатов В. П., О лечебном применении консервированных тканей, в кн. Анналы института Склифосовского, т. 3, кн, 1, М., стр. 38—50, 1942.

Филатов В. П„ Рабочая гипотеза тканевого лечения, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 46—62, 1943.

Филатов В, П., Тканевоэ лечение в условиях военного времени, Вестник офталмологии, 5, 1943.

Филатов В. П., Тканевое лечение при хирургических и других заболеваниях, в **кн.** Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 53—60,1943.

Филатов В. П., Тканевая терапия (лечение физиологическими стимуляторами тканевого происхождения), Ташкент, Узгиз, 95 стр,, 1943.

Фиткин И. М., Лечение долго не заживающих ран. Здравоохранение Казахстана, 12, 1943.

Фрайман С. А. и Коган Я. А., О лечении ран н а фтал ан о-вазелиновой мазью, ВСД, (0, 1942.

Фукс Б. А., Гнойно воспалительные и гнойносептические осложнения проникающих черепно-мозговых ранений, в кн. Сборник научных работ Киевского окружного военного госпиталя, в. 2, Киев, Госмедкздат, стр. 27—36, 1945.

Хоранов Б. М., Первичная обработка свежеинфнцированных ран 10®/*. раствором йодоформ эфира, Хирургия, 3—4, 1942.

Хорошие Н. В., Активные методы лечения ранений мягких тканей в сфере деятельности военно-морского госпиталя 2-й эоны. Военно-морской врач, 1, 1945.

Х р у пт о в Г. К-, Новые данные о факторах регенерации тканей в раневом очаге, в ин. Лечение ран и физиотерапия сельскохозяйственных животных, М., стр. 5—14. 1941.

Хрущев Г. К-, Роль лейкоцитов крови в восстановительных процессах в тканях, М.—Л-. Академия наук СССР, 114 стр., 1945. Библиогр.

Царенко П. П., Опыт применения сиккоилацентииа в лечении инфицированных ран, в кн. Труды Киргизского государственного медицинского института, т. 1, Фрунзе, стр. 41—46. 1943.

Циркуленко К- М. и др., Лечение грамицидином инфицированных ран **и** гнойных процессов, в ки. Советский грамицидин и лечение ран, М., стр. 37—50. 1943.

Цулукидзе А. П., К вопросу о лечении повреждений мягких тканей бактериофагом, в кн. Фаготерапия ранений в условиях эвакогоспиталей, Тбилиси, стр. 4.5—53, 1942.

Цулукидзе А. П., К методике применения бактериофага в хирургической практике. Вестник хирургии им. Грекова, 61, 6, 1941.

Цулукидзе А. П., Краткое наставление по применению бактериофага при лечении ран, Тбилиси, Грузмедгиэ, 25 стр., 1942.

Харченко Н. С, и Фабрикант М. Б., Биологический метод лечения ран, Врачебное дело, 5—6, 1945.

Харченко Н. С. и др., Новый биологический метод лечения ран, в кн. Труды Киргизского государственного медицинского института, т. I, Фрунзе, стр, 31—39, 1913.

Хейфиц А. В., Первичная обработка ран (из опыта работы ППГ), ВСД, 1!. 1941.

Х е с и н а - Л у р ь е М. Е., Бактериальная флора ран в госпитале глубокого тыла. Госпитальное дело, 5—б, 1943.

Хесина-Лурье М. Е., Метод Чеймена и его клиническое значение для определения патогенности стафилококка в гнойных ранах, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 6, 1944. Библиогр.

Ходкевич С, П., Некоторые замечания о мази проф. Гольдберга, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 47—51, 1944.

Хлопков А, М, н Павлицкая С. С., О некоторых мо-рфологических особенностях в ходе заживления кожных ран при действии мази проф. Гольдберга, в кв. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 3—43, 1944.

Ходкевич С. П. и Полковнйкова К. И.^Опыт пломбирования костных дефектов после операции секвестротомии мазью Гольдберга, в ки. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 112—118, 1944.

Ходорков Ф, А., Итоги применения метода масляно-бальзамической повязки по отдельным госпиталям, Архив биологических наук, 62, I, 1941.

Цу ри нов а Е. Ф„ Правильная хирургическая обработка мелких ранений, Медицинская сестра, 6, 1945.

Чебуркин. Хлор но-масляная повязка, Госпитальное дело, 4, 1943.

Чепурин В. А. и Нагорский П. И., К сравнительной оценке действия на заживление ран мазей, приготовленных из порошков сальника, мозга, печени, селезенки и легких взрослых животных, в кн. Стимуляция заживления ран, Томск, стр. 24—26, 1944.

Черепьянова С. Д., Лечение ран снкколлацентином, в кн. Труды Киргизского государственного медицинского института, т. I, Фрунзе, стр. 47—49, 1943.

Чернаков Б. М., Флора огнестрельных ран по материалу госпиталя ближайшего тыла, в кн. Труды Воен но-медицинской академии им. С. М. Кирова, в. 30, Л.» стр. 49—53, 1941.

Черткова Ф. А., Микрофлора рзн военного времени по материалам Т4-ского тылового эвакогоспиталя, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Чистяков Н. Л., Двухлетний опыт применения целлофана при лечении ран. Хирургия, 7, 1944.

Чистяков Н. Л.,Лечение хронических язв голени. Реферат, Хирургия,2,1944.

Чистяков Н. Л., О лечении гранулирующих рая лейкопластом, Хирургия, 3, 1944.

Чистяков Н. Л„ Применение целлофана при лечении огнестрельных ран. Советская медицина, 1, 1943.

Шабад Л. М., Экспериментальное исследование действия некоторых .химически чистых веществ на заживление ран, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 3, 1944.

Шабад Л. М. и Штессель Т. А„ О применении фолликул и но вой мази для лечения ран, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17,3, 1944.

Шабанов А. И., Лечение гнойных ран. Медицинская сестра, 5—6, 1942.

Шабанов А. Н., Лечение острых гнойных ран, Фельдшер и акушерка, 10—11, 1943.

Шапиро Р. М., Роль и значение стрептоцида в хирургической практике. Фельдшер и акушерка, 7—8, 1944.

Шатенштейн Д. И. и др., Опыт непосредственного воздействия витамина В> иа нервные центры при септических осложнениях после огнестрельных ранений, Хирургия, 1, 1946.

Шварц Р. М. и Коган С. А., Лечение вяло заживающих ран окуриванием парами иода, Госпитальное дело, 3, 1944.

Шегал З. И., О лечении ожогов и долго ие заживающих язв присыпкой риванола, в ки. Сборник работ по военно-полевой и общей хирургии, Л., стр. 65—66, 1944.

Шейнис В. Н., Местное применение салицилового натра для лечения огнестрельных ран. (Обзор работы госпиталей Ч-ского ПЭП), в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой Отечественной войне, в. 1, М., стр. 20—22, 1943 (СУ Западного фронта).

Ш е ф т е р А. А., Лечение длительно не заживающих ран и изъязвляющихся рубцов иссечением с последующим глухим швом, в кн. Лечение длительно не заживающих ран мягких тканей, М., стр. 16—17, 1914.

Шефтер А. А. и Мельникова З. Н., Опыт применения цитотоксической антиретикуляркой сыворотки акад. Богомольца, в кн. О лечебном действии антиретнкулярцой цитотоксической сыворотки «АЦС». Тезисы докладов, Уфа, стр. 56—57, 1942.

Шкмаико И. И., К вопросу о комплексном лечении ран, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, Воениздат, стр. 138—142, 1944.

Ш и п а ч е в В. Г., О закрытии обнаженных костей и костных полостей кожным трансплантатом, в кн. Военная медицина в Великую Отечественную войну, в. 1, М., стр. 17—18, 1944 (ГВСУ Красной Армии); Медицинский бюллетень Иркутского медицинского института, 7, 1944.

Шишкина О. И., Применение эфирных масел для лечения инфицированных ран, Хирургия. 4, 1944.

Школьников Л. Г., Пуповина, как материал для костного шва. Минск, 240 стр., 1941. Библиогр. (Отпечатано на лиш. машинке).-

Шм ульян Л. П., Имплантация консервированной ткани в военно-хирургической практике, в кн. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской ССР, т. I, Махач-Кала, стр. 213—214, 1943,

Шнейдер Г. Г., Первые наблюдения над лечением рая гемояовязками. Госпитальное дело, 8—9, 1943.

Шнейдер Г. М., Уход за ранеными после операции наложения вторичных швов, Медицинская сестра, 3, 1945.

Шнейдер С. М. и др., Лечение рубцовых контрактур незаживающих раневых поверхностен методом одномоментной кожной пластики по Дрегстед-Вильсои, в кн.

Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВо, Красноярск, Воениздат, стр. 208—215, 1944,

Шрайбер Л. Б„ О рефлекторных контрактурах (физиопатия), в кп. Лечение раненых и больных в эвакогоспиталях ВЦСПС по Узбекистану, Ташкент, стр. 165—171, 1945 (Сборник научных трудов, в. I),

Шредер В. Н., Новые данные о веществе кроветворения (эритропоэтине) и его роли в заживлении ран, о к и. Лечение ран *и* физиотерапия сельскохозяйственных животных, М,, стр, 14—31, 1941.

Шрименко А. И., Пересадка консервированной на холоду кожи по методу акад. В. П. Филатова при лечении огнестрельных ранений, в кн. Лечение раненых и больных в эвакогосииталях ВЦСПС по Узбекистану, Ташкент, стр. 14—24, 1945 (Сборник научных трудов, в. 1).

Штейнберг М. П., К вопросу о влиянии спиртового экстракта нафталановой нефти на течение вяло заживающих язв, в кн. Сборник работ эвакогоспиталей Красноярского края, Красноярск, стр. 174—177, 1945.

Штейн ан Л. И,, Лечение ран глухой гипсовой повязкой в тылу. Хирургия, 4, 1943.

Шуб Р. Л., Значение витамина в хирургии, в кн. Труды 1-й хирургической конференции М-скоро РЭП 27—30 июля 1942, 6. м„ стр. 383—385, 1943.

111 у к е в и ч Л. И., О применении стрептоцида при первичной обработке ран, в кн. Сборник научных работ Якутской республиканской больницы, Якутск, стр. 85—88, 1943.

Шулутко Л. И. и др., О лечении ран бактериофагом, в кн. Труды Казанского государственного медицинского института, Казань, стр. 21—26, 1943.

Шумилин И. А., Лечение осложненных ранений внутриартериальными вливаниями бактериофага, Госпитальное дело, 7, 1943.

Элышео А. И., Новое в учении о заживлении рай. Вестник хирургии им. Грекова, 61, 3, 1941.

Эпштейн М. Л., О лечении инфицированных рай и методах транспортной иммобилизации в условиях работы эвакогоспиталей армейского района, в кн. Труды Одесской 2-й клинической больницы, т. IV, Одесса, стр. 267—275, 1941.

Э р л и х м а и Н. И., Арче вое масло — новое средство для лечения рад, Стали н-абад, Госиздат, 34 стр., 1944 (НКЗдрав Таджикской ССР).

Эрл их м ан Н. И., О действии анти ретикулярной цитотоксической сыворотки при лечении инфицированных ран, в кн. Физиология системы соединительной ткани, Киев, стр. 989—993, 1941,

Эрл их май Н. И., Опыт лечения военных ран препаратом можжевелового масла, в кн. О лечении военных ранений препаратами можжевелового (арчевого) масла, Сталинабад, стр. 57—72, 1942.

Юдин С. С., О лечении военных ран препаратами сульфамидов. М., Медгиз. 95 стр., 1941 (Хирургическая клиника института им. Склифосовского).

Юдин С. С., О препаратах сульфамидов и роли их в военной хирургии, Клиническая медицина, 19, 12, 1941,

Юдин С. С., О применении препаратов сульфамидов при лечении огнестрельных ран. Хирургия, 11—12, 194).

Юргенс Е. Ф., Витамин С при некоторых хирургических заболеваниях, в кн. Сборник работ по военно-полевой и обшей хирургий. *Л.,* стр. 71—76, 1944. Библиогр.

Юрьев Н. М., К вопросу единой методики первичной обработки военных травм. Хирургия, 9—10, 1911.

Юс нм Т. С.. Кожкая пластика по способу Альглава при больших гранулирующих дефектах кожи после огнестрельных ранений, в кн. Лечение раненых и больных в эвакогоспиталях ВЦСПС по Узбекистану, Ташкент, стр. 25—33, 1945 (Сборник научных трудов, в. 1).

Языков Д. К-, Лечение гнойных ран. Фельдшер и акушерка, 1, 1941.

Якубовский М. И.. Костные полости огнестрельного происхождения н способы их лечения, в кн. Сборник научных работ госпиталя НК О № 383, в. **1, б. м.,** стр. 72—76, 1943.

Янов Н. М., Выскабливание грануляций длительно не заживающих ран лезвием безопасной бритвы, в кн. Сборник рационализаторских предложений эвакогоспиталей Пс>П-122 и фронтового МЭП-99, б. М., стр. 73—74, 1945.

Янов Н. М., Механизм действия спирт-иодного раствора в практике орошения им ранений военного времени, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей, М., стр. 103—109. 1942 (Санотдел СибВО).

Юфит, Гемодинамика при лечении (огнестрельных ранений) антиретикулярной цитотоксической сывороткой, в кя. О лечебном действии антиретикулярной цитотоксической сыворотки «АЦС», Уфа, стр, 67—68, 1942.

(Продолжение следует.)

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ. ВОПРОСЫ

Генерал-майор мед. службы, проф.' засл. деят. науки Д. А. Энтин. Предварительные итоги лечения челюстно-лицевых раненых в Отечественной войне..... а

А. Д. Митусов и В. В. Ч е р я о-мордиков. Эпидемический} гепатит на №-ском фронте . . 12

Подполковник мед. службы Е. М. Белостоцкп Й. Изменения калибра сосудов сетчатой оболочки глаза при подъемах в барокамере..... 17

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Подполковник мед. службы Р. А. А и ш е л и е в и ч. Приемы перекладывания раненых в полевых условиях..... 21

Подполковник мед, службы С. Л. Л и б о в. Организация лечения нетранспортабельных раненых во время наступательных операций 26

Майор мед. службы, канд. мед. паук В. М. Ш п а к. Структура и организация приемно-сортировочного отделения специализированного госпиталя фронтового тыла..... 29

Полковник мед.службы С. Н. Аронов. Некоторые вопросы в организации работы гарнизонного госпиталя..... 32

ОБМЕН ОПЫТОМ

Д. Х. Червонный. Инфекционное отделение на «Малой земле» 36

Капитан мед. службы А.И. Кирьянова. Оценка стерилизующего действия спирали, предложенной для индивидуального обеззараживания воды 38

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И.Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны 1941—1945 гг.....41

СОЫТЕЫТ5

МЕ01САОРЯ0РН У1АСТ1С ОИЕ3ТКЖ3

Ма)ог-аепега1 о1 Меб1са1 5егу>се, РгоГ Ноиогагу Рсошслег о! 8с(-епсез О. А. Е п г 1 п. РгеПш1пагу Зигпгпагу о! ТПегару о! МахП-1о(ас1а1 Ч7оипбей (о Ше РаШо-Ис Маг..... 3

А. В. М и и а о V ап<1 V. V. С Ь е г-потогЛкоу. А Са«е о(Ер(-ЙепКс НераПНз он 11зе М-РгоиГ 12

Иеи1епап(-Со]опе1 о(МесКса! 5ег-Ч1се Е. М. Ве1О5(о(2к1. СЬапяе? оГ (Не СаКЬге о((Не КеИпа'з Уезмк Ьу иМп^ т (Пе Вагосатега 17

0Р0АШ2АТЮН АИИ ТАСТ1С3 ОР ТНЕ МЕЫСА1 ЗЕЯУ/СЕ

иеииоапЬСо1опе1 о! Ме<11са1 Зег-»1се К. А. Апзйе11еу1сЬ. Ночг (о хе(о! (Ье \УоипОеЦ т Ше Р(е1<1 С<'ПЙИ»опя..... 21

иеи(епяпЬСо1опе1 о(МеШса! 3ег-у(се 5. й ИЬоу. Ог^аа(2а(юн о! (ке Саге о((Ье 1п1гап5рог(аЬІе Моипйей оп (Ье ОКеП5(*е ... 26

Ма)ог *о1* Мебгса! 5егч1се Сапй!4а(е *о1* Ме<11са1 5с1епсе« V. М. 5 Ь р а с к. ТЬе ЗиИОиге ап<1 Ог-$ап1га((сп *о(* *1зе РесерКоп Зес-Поп оГ (Ье 8рес1а1|ге<1 НО5р((а1 а(ТНе Кеаг о((Ье Ргоп(.... 23

Со]опе(о! Ме<11са1 Зетсе К. №. А гоп оу. Зоте ОиезЧопз о< Ог^апиаВоп о((Не АРогк (п а НагпЬоп НокрКа!.....32

ЕХСНАИОЕ ОР ЕХРЕР1ЕИСЕ3

О. КК СйетУоппу. ТЪеЬІесНоп» ЗесИ'оп оп П1е ,Ш(1е Еаий . . 36

Сар1а(н о(МеФса! $егу!се А. І. К1 г (а п о у а. Еча1иа(1ои о! №е 3(ег()12(нз А с По л о! Ше 5р(га1 (ог (Не 1п<Иу(биа1 31ег(1(ха((оп о! Ше 1Уа(ег..... *33*

В1ВЫОСЯАРНГ

Со1опе1 о! Ме<11са1 5егч1се Е о. М а к а г о у. В(Ы1овгарНу о(М(-(Вагу Ме<!1с(пе (п (Йе Уеагэ о! (Ье Рак(о((с Ч/аг (1941—1945) . 41

2.3

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

4

АПРЕЛЬ

МЕДГИЗ · 1947

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕ ЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Генерал-майор мед. службы проф. *А. А.* Вишневский. Нервная система в профилактике я терапии осложнений боевой травмы.....*1*

Полковник мед, службы проф. М. А. Я С и м о а с к и й. О применении пирамидона при внутренних заболеваниях 7

Подполковник мед. службы Г. И. Э л и н с о н. К вопросу • наложения жгута.....13

Р. М. З а к о в и ч. Активный метод серодиагностики сифилиса . 18

Майор мед. службы каид. мед. паук К. М. С м и р и о в. О физической работоспособности выздоравливающих после легких ранений и заболеваний . . 20

Подполковник мед. службы А. Н. Беркутов. Письмо в редакцию..... 25

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ ■ СЛУЖБЫ ВВС

Полковник мед. службы К.Н.Жп л- ■ кнн. Из опыта работы санитарной авиации на М-ском фронте 26

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Полковник мед. службы 3. Л. Л и б е р з о и. Предложение о стандартизации метода определении воздухонепроницаемости тканей и одежды..... 1 3с

ОБМЕН ОПЫТОМ

А. Д. Сайков. Особенности работы партизанского врача . . 86

Капитан мед. службы В. М. С у х а рев. Носилки *я стол для* санитарной обработки тяжело раненых..... 38

Подполковник мед. службы А. С. Каплан и майор мед. службы П. ф. Подхватель- н е в. Серологическая и аллергическая реакция у людей в . бруцеллезном хозяйстве ... 39

СОИТЕЫТ8

МЕО1СА ЕРРОРНУЕАСТ1С 0ЦЕ8ТЮПБ

Ма]ог-Оепега1 о(Ме41са1 ЗепЛсе А. А. VI з Ь п е V « к у. Ыегуоиз 5ув1ет 1п РгорЬу1ах1з апб ТЬегару о(СотрИсаНопз о! Шаг Тганшз..... / 3

Со1опе1 о! МетИса! 8егУ(се РгоЕ М. А. I а 8 $ 1 л о V $ к у. Цзе о! РуташМоп 1п 1ч1епа| Ьнеазез . 7

ьец1епапбСо1опе1 о€ Меб1са1 8ег- у1се О. I. Е11 о з о в. Зоте ОиезНопз оп Наетоз1а(1с Ргезз АррИсабоп 13

К. М. 2 а к о VI с б. АсНуе МеЗЬоб о! 8егоб1а§поз18 о(ЗурЬШв . . 18

Мадет о! МесНса! $сгу1се, СапсИбаГе (П МесНса! 5с(епсез К. М. 5 т 1 г- пот. Оп те РЪузка! ЕЯ1с1еп- су о! Сопуа1е8сео1з а(1ег 'Л'оип<15 апй О1зеазез 20-

Ье)ц|епап(Со1опе1 о! Ме<Ьса1 Зег- у(се А. К. В е г к и 1 о у. А ЕеЕ тег 1о !Ъе Ебцог..... 25

ОНЕБТЮЫЗ ОР МЕЦ1САЕ 5ЕN№1СЕ ОР ТНЕ МАР

Со1опе) о! Ме<11са1 8егу1се К. К. Л1к1п. ЕхреПеасе о(№огк о(Ше ЗапИагу Ау1апоп о! Ше И Рго п1..... 26

Т

ОПЕВТЮИВ ОР МИЛАНУ НУ(ПЕКЕ

Со1опе1 о! Ме<11са1 Зегтсе 2. Е.Е1- Ьегзоп. Оп 81апбагб)2а11оп о(Йте Мебюб о(Ое1етт1паиоп о! [шрегтеаЫШу о! Тех(|[ез ап<1 Ооиод (о Аег..... 30

ЕХСНАИОЕ ОР ЕХРЕР1ЕНСЕ

А. О. За! к оу. РесиНагШез о(Ше 9/огк о(а РатПтап Зигееоп . . *36*

СапаШ о! МетНса! Зегуке V. М. 3 и- кЬагеу. ЫЙег эп<1 ТаЬ|е {ог Запкагу Ттеа(теп1 о(8ег1ои$1у ^'оипбеб..... 38

иеи1епап(-Со1опе1 о! МесЫса! 5етч(- се А. 5. Кар1ап апб Ма)ог *Ы* М«Лса1 5егУ1се Р, Р. Р о 4- кНуа!е1пеу. 8его1оз1с апб ' А НетЕ1с теасИоп ш теп ас Ьти- сеПозе (агт..... 39

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ
Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редк°ллегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полконник медицинской службы | Н Н БУРДЕНКО.~|
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
•генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

4

АПРЕЛЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕД ГИЗ— 194 7 — МОСКВА

Адрес редакции ВМ.Ж: Москва, 20

И. о. отв. редактора *Н. И. Завалишин*

Издается с 1823 г. Сдано в произе. 3/1V 1947 г. Лодд. к печ. 17/*V* 1947 г А00636. Ф. бум. 70Х108/16. Печ. л. 4,0. Учетно-изд. л. 6.9. Зн. в 1 л. л. 69сОн.
Тираж 8 800 экз. Цена 2 руб. Заказ 186.

13-я тиюграфия треста <Полнграфкнига» ОГИЗа при Совете Министров СССР, Москва, Денисовский, 30.

Генерал-майор мед. службы проф. А. А. ВИШНЕВСКИЙ

НЕРВНАЯ СИСТЕМА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЕВОЙ ТРАВМЫ

На 25-м Всесоюзном съезде хирургов генерал-полковник Е. И. Смирнов, выступая с докладом, подводящим итоги работы военно-медицинской службы в Великую отечественную войну, в качестве одного из основных выводов указал на необходимость заняться в настоящее время «изучением патогенеза боевых травм для проведения четкой грани между ни-ми и травмами (мирного времени».

Он приводил ряд статистических данных, характеризующих разницу в течении раневого процесса при травме военного и мирного времени, особенно подчеркивая большой процент осложнений, которые сопутствуют военной травме.

Известно, что осложнения травматических повреждений анаэробной инфекцией, являющиеся в мирное время редким исключением, встречаются во время войны во много раз чаще. Обычная «банальная» гноеродная инфекция также встречается на войне чаще и протекает тяжелее, чем при повреждениях мирного времени.

То же можно сказать и о шоке, который в мирное время наблюдается в 6—8 раз реже, чем на войне, причем носит совершенно другой характер.

Объяснить большую частоту и тяжесть осложнений военной травмы по сравнению с бытовой одной лишь разницей характера огнестрельных ранений и даже временем оказания медицинской помощи не представляется возможным и достаточным.

Не случайно, что во время войны такие осложнения, как шок, по частоте и тяжести из года в год все возрастали. Здесь сказывались и общая усталость, и нерегулярное питание, и метеорологические условия, и большие физические и психические напряжения, и прочие факторы, которые как сумма сложных испытаний не могли не отразиться на организме человека и в первую очередь на его нервной системе, в значительной степени определяющей сопротивляемость организма. Таким образом, создалась необходимость в разработке методов терапии расстройств функций нервной системы, возникающих в военной обстановке.

Это состояние нервной системы особенно должно учитываться при лечении раненых.

'Мы считаем, что отечественная наука частично уже ответила на этот запрос; 1) созданием нового метода воздействия на центральную нервную систему путем так называемой «сонной терапии» и 2) разработкой нашей школой различных методов воздействия на периферическую нервную систему как непосредственно в самой ране (применение бальзамических веществ), так и в отдалении от нее (различные виды новокаиновой блокады).

Каковы же особенности состояния нервной системы в военной обстановке и как он» сказываются на течении процессов защиты организма **от** вредности и процессов репарации получаемых повреждений?

Нам всем хорошо известно благоприятное влияние ряда таких психических моментов, как наличие высокого чувства патриотизма, сознания выполняемого долга и др. Достаточно напомнить также о фактах необычайной стойкости к разнообразным лишениям, связанным с походной обстановкой.

Однако благоприятные психогенные моменты не являются неистощимым источником энергии. Тяжелые физические и психические напряжения, часто повторяясь в военной обстановке, приводят к истощению нервной системы.

К- 'М. Быков и его сотрудники доказали значение импульсов мозговой коры на обмен в тканях. Есть основания полагать, что вмешательство высшей психической деятельности в деятельность вегетативных центров может нарушать нормальный ритм их работы, лишая необходимого отдыха и вызывая расстройство их функций. Такие же расстройства" вызывает постоянно -поступающее с периферии сильное раздражение, исходящее от больного органа.

Таким образом, как перевозбуждение мозговой коры, так и избыточное раздражение, поступающее с периферии, приводят к одному и тому же результату — переразражению и последующему истощению высших вегетативных центров.

Одним из средств самозащиты нервной системы является ее способность к развитию целебно-охранительного торможения, предохраняющего нервные клетки и центры от перевозбуждения и истощения. Длительное или сильное раздражение может привести даже к разрушению нервных клеток. В условиях, способствующих патологическому повышению процессов возбуждения нервной системы (нейроинфекция, нейроинтоксикация, механические повреждения нервной системы), также может развиваться целебно-охранительное торможение.

Изучение этого явления позволило разработать метод его практического приложения в форме «сонной терапии». ,

Усиление торможения до степени сна, вызываемое некоторыми медикаментозными средствами, у нас в СССР впервые было применено при лечении отдельных форм шизофрении. Основанием к этому послужили воззрения И. П. Павлова, исходя из которых, можно констатировать, что при этом заболевании охранительное торможение может наступать спонтанно как ответная защитная реакция слабой нервной системы на неадекватное раздражение. Богатый материал, накопленный школой И. П. Павлова, позволил физиологам и клиницистам применить в лечении ряда заболеваний метод щажения высших вегетативных центров путем устранения импульсов, поступающих к подкорке из мозговой коры.

Опыты 'М. К. Петровой показали, что у собак, подвергавшихся нервной травме путем постановки так называемых «трудных» условнорефлекторных задач, спонтанно появлялись фурункулы, язвы и другие дистрофические процессы, сопровождавшиеся общим истощением животного, иногда приводившим его к смерти. В случаях, когда собаки спонтанно или под влиянием медикаментозной терапии впадали в состояние разлитого торможения нервной системы, перечисленные выше дистрофические процессы излечивались.

Заслуживает внимания следующий факт, установленный Тархановским: собака может голодать в течение 25 суток и в дальнейшем выживает. Искусственно же вызванная пятисуточная бессонница приводит собаку к гибели.

Невольно хочется сопоставить спонтанно наступающее целебно-охранительное торможение у травмированных животных с тем сном, который мы так часто наблюдали у раненых, как только они попадали наПМПили в МСБ. Войдя в приемно-сортировочную палатку'МСБ,-мы убеждались в том, что десятки раненых, даже не получивших еще

никакой медицинской помощи, засыпали крепким, освежающим сном, после чего их самочувствие заметно улучшалось.

Опыт Отечественной войны заставил стихийно расширить рамки применения терапии сном, и не удивительно, что ряд исследователей, независимо друг от друга, воспользовался этим методом при лечении различных заболеваний.

По нашим представлениям как метод новокаиновой -блокады нервов, так и метод «сонной терапии» имеют -много общего. Они не противоречат друг другу и могут с успехом сочетаться как звенья одной н той же цепи лечебных -мероприятий. Таким образом, лечебным фактором в терапии сно-м, как и новокаинозой блокады, является временный отдых определенных отделов центральней нервной системы, приводящий к последующей стимуляции их работоспособности, т. е. замене сильного, вредного раздражения слабым и полезным.

Из большого арсенала снотворных -и наркотических средств- некоторые (преимущественно из числа производных карбоксильной группы— гедонал, уретан) вызывают торможение нервной системы, приближающееся к естественному сну, — пара биотическое торможение. В отличие от них такие сильнодействующие средства, как хлороформ, эфир, хлоралгидрат, резко нарушают функции вегетативных центров и вызывают аити-парабиотическое тормо-женне. Промежуточное положение занимают производные барбитуровой кислоты.

В терапевтических целях нужно вызывать именно пар а биотическое охранительное торможение, которое приближается к нормальному сну, и ни в коем случае не пользоваться общим наркозом, всегда в той или иной степени разрушительно действующим на нервную систему.

Исходя из этих соображений, был предложен целый ряд рецептурных формул, составленных путем разнообразных сочетаний бромидов, солей кальция и производных мочевины.

Некоторые авторы допускают также применение барбитуратов, ио с известной осторожностью. Однако и они рекомендуют воздерживаться от -применения хлоралгидрата., эфира, хлороформа и других наркотиков этой же группы.

При всем видимом разнообразии состава, дозировки и -методики введения этих средств достигается в конечном счете один и тот же результат — наступление периодического, достаточно продолжительного и достаточно (но не нелишне) глубокого сна, сказывающего благодетельное влияние на течение ряда болезненных -процессов (травматический, термический и послеоперационный шок, отек — набухание мозга, хирургическая инфекция, язвенный процесс, каузалгия, фантомные боли и пр.).

Что же сделано до сих пор в направлении использования «сонной терапии» при лечении боевых повреждений и их последствий и какие возможности предвидятся в дальнейшем?

Укажем прежде всего на то, что дала «сонная терапия» шока по Асратяну. При введении снотворной жидкости у пострадавших улучшается (или появляется) пульс, повышается артериальное давление, исчезает бледность лица и слизистых, прекращается избыточное потоотделение, суживаются зрачки, выравнивается дыхание. Больные оживляются и начинают проявлять интерес к окружающему еще до того, как впадают в дремотное состояние. Затем больные засыпают, -и страдания их -прекращаются. Проснувшись, больные чувствуют себя бодро, просят есть. Дальнейшее течение болезненного процесса благо-приятно и приводит к положительным результатам.

Таким образом, хороший лечебный эффект щажения центральной нервной системы путем применения снотворных средств имеет большое сходство е тем эффектом, который достигается посредством неверыва новокаино-вой блокадой болезненного раздражения, поступающего

к центральной нервной системе из болезненного очага, расположенного на периферии.

Проф. А. М. Дыхно упоминает о том, что при наличии коммоционно-контузионного синдрома с явлениями отека мозга, брадикардия, рвота, головокружение исчезают значительно быстрее под влиянием «сонной терапии».

То же самое мы наблюдали при поясничной новокаиновой блокаде (работа проф. Г. М. Новикова).

Интересы работы Полякова о влиянии «сонной терапии» на заживление ран. Поляков произвел 12 экспериментов на людях, у которых кожа повреждалась канта рндным пластырем. Было доказано, что ранки, леченные в условиях искусственно вызванного сна, заживали быстрее ранок, леченных теми же методами местной терапии, но без применения сна.

Всем известны наши работы по лечению новокаиновой блокадой трофических, длительно не заживающих язв.

Любопытно, что в последнее время появились работы проф. Андреева и других по лечению сном язв желудка. Аналогичные результаты были получены нами при лечении язв желудка новокаиновой блокадой (работа проф. В. И. Пшеничникова).

Громадный практический интерес представляет применение «сонной терапии» для лечения одного из мучительнейших страданий—каузалгии.

Проф. С. Д. Каминский подробно останавливается на генезе кауэалгии и фантомных болей с каузалгическим компонентом. Лечение каузалгии «сонной терапией» по Каминскому дает хорошие результаты. После применения 5—7 сеансов введения снотворных средств (в сочетании с новокаином, а иногда еще с 'применением местно охлаждения хлорэтилом) боли исчезали.

Исключительный интерес представляют иерспективы применения «сонной терапии» в борьбе с инфекцией ран. ‘Непосредственно по этому вопросу работ почта кет, и мы пока еще не подвели итогов своей, которая ведется в этом направлении нами совместно с проф. П. Ф. Здродовским.

Косвенным образом ответ на этот вопрос дают, например, эксперименты различных авторов, показавших, что такое чувствительное к чуме животное, как суслик, не заболевает, если инъекция вирулентной культуры чумной палочки >в дозе, достаточной для вызова заболевания, производится ему во время спячки.

Пусть это — смелое сопоставление, но мы надеемся, что «сонная терапия» окажется полезной в профилактике и лечении гнойной инфекции, а быть может, даже анаэробной. В связи с последним напомним об известном методе Дудко, который, наряду с введением антианаэробных сывороток, применял введение алкоголя и морфина. Быть может, о снотворном эффекте заключается секрет благодетельного влияния алкоголя на течение септических заболеваний, которое до сих пор еще не нашло себе объяснения.

Можно не сомневаться в том, что раненые значительно легче будут переносить перевозку на машинах по плохим дорогам после введения снотворных веществ. Следовательно, в значительной мере облегчается разрешение проблемы «транспортного шока».

Комбинируя метод «сонной терапии» с новокаиновой блокадой, мы получим еще более значительные результаты. Кроме высокой эффективности, эти методы лечения отличаются также большой гуманностью.

На очереди стоит вопрос о подборе таких средств, которые своим действием: 1) вызывали бы сон, приближающийся по своему характеру к нормальному физиологическому, 2) удлиняли бы анестезирующее действие новокаина в 4—6 раз и не повышали бы его токсичности в организме. Эта задача уже почти разрешена.

Мы не предрешаем вопроса о том, на каком именно этапе эвакуации раненых нужно начинать применение «сонной терапии». На том ли, где применяется новокаиновая блокада, или на ином, но мы не сомневаемся, что терапия сном должна стать обязательной составной частью этапного лечения раненых, и чем раньше, считая с момента ранения, тем лучше.

Подобно тому, как в сознание наших военных врачей внедрилось представление о необходимости применения первичной хирургической обработки ран, должна быть усвоена и необходимость применения «защитной» для нервной системы терапии. К последней мы относим «сонную терапию» и новокаиновую блокаду нервов, расценивая оба приема как патогенетическую терапию.

Применение ее в комплексе с каузальной (химиотерапия и антибиотики) и есть то дополнение, которое следует внести в нашу военно-медицинскую доктрину, что диктуется опытом второй, мировой войны и достижениями современной науки.

Выводы

Для лечения боевой травмы сочетание «сонной терапии» с новокаиновой блокадой, т. е. одновременное воздействие на центр и периферию нервной системы, может дать очень много:

1) значительно улучшит борьбу с уже развившимся шоком и позволит предупредить развитие послеоперационного и так .называемого «транспортного» шока;

2) облегчит борьбу с хирургической гнойной и анаэробной инфекцией и частично предупредит ее;

3) ускорит течение регенеративных процессов (заживление ран, сращение переломов и пр.);

4) улучшит результаты лечения повреждений центральной и периферической нервной системы, в частности, облегчит борьбу с травматическим отеком — набуханием мозга, каузалгией и т.-п.

★

Полкопник мед, службы ппоф. М. А. ЯСИН О НОКИИ

О ПРИМЕНЕНИИ ПИРАМИДОНА ПРИ ВНУТРЕННИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Терапия за последние десятилетия добилась крупных успехов. **В** значительной мере эти успехи — результат широкого применения ряда новых весьма ценных фармакотерапевтических средств. Среди них в клинике внутренних заболеваний существенное место занимают пиразолоновые производные и, в частности, пирамидон, изучению которого в последнее время посвящено много работ.

Свойства пирамидона как медикаментозного фактора большой мощности проявляются прежде всего при заболеваниях острым ревматизмом.

Первые сведения о высокой эффективности применения пирамидона при остром ревматическом полиартрите появились еще в 1897 <г. Авторы того времени рассматривали вопрос лишь с точки зрения возможности замены пирамидоном в нужных случаях салицилового натрия. Тем не менее уже в первых работах они- не могли не отметить преимуществ пирамидона: он действовал быстрее, больные его лучше пере•яосилм. Препарат не давал побочных явлений даже при приеме 4—б, .а иногда и 1'0 г в сутки в течение 3 месяцев.

Затем, как это часто бывает, пирамидон забыли. Вновь он вошел в клинику ревматизма лишь в конце 20-х годов. Шоттмюллер, применяя пирамидон в дозах 3 и даже 5 г в сутки в течение недель и месяцев, отметил его эффект в рефрактерных к салициловому натрию случаях ревматизма и указал на значительнее преимущество пирамидона, особенно при висцеральных проявлениях заболевания (эндокардит). Ряд работ с указанием на преимущества пирамидона появился и в нашей литературе (Коробков, Мартынов, Клыков .и др.).

Мы еще до войны наблюдали 250 больных с различными проявлениями истинного ревматизма, прошедших нашу клинику и леченных попеременно в различных комбинациях пирамидоном, антипирином, салициловым натрием, аспирином, стрептоцидом, эритемными дозами ультрафиолетовых лучей, аутогемотерапией и пр. Пирамидоном было лечено 160 больных.

Естественно, что каждое лекарственное средство, предлагаемое для лечения острого ревматизма, должно в первую очередь выдержать сравнение с салициловым натрием. Под этим углом зрения мы и рассмотрим полученные результаты.

При остром ревматическом полиартрите пирамидон обычно быстрее всех других средств снижает температуру и устраняет явления со стороны суставов. При средних дозах салицилового натрия (6—8 г и более в сутки) температура у больного снижается обычно ступенеобразно в течение 2—3 дней. Под влиянием же пирамидона, даже при дозах в 1,5—2 г, она падает обычно в течение суток.

Данное обстоятельство в известных условиях, например, в полевой обстановке при эвакуации острых ревматиков из передовой зоны, приобретает большое значение. На это мы указали еще в 1940 г. на заседании Всесоюзного, ревматического комитета-с представителями ГВСУ Красной Армии. В указаниях последнего о лечении острого истинного ревматизма — болезни Буйо (Военно-санитарное дело, № 11, 1941) отмечено, что на время следования больных острым ревматизмом из полевых лечебных учреждений в госпитали предпочтительнее назначать пирамидон по 0,3 г 6—8 раз в день.

Кроме того, при остром ревматическом полиартрите пирамидон является наиболее эффективным средством еще и потому, что хорошо действует обычно и в таких случаях, когда не помогают даже большие дозы салицилового натрия.

Мы лечили этими препаратами попеременно 80 больных. Пирамидон оказался более эффективным в 34 случаях, и только в 2 случаях предпочтение пришлось отдать салицилатам.

В очень тяжелых случаях заболевания, преимущественно с висцеральными формами, с наличием эндокардита, панкардита, плеврита, при так называемых абдоминальных формах с перитонеальными симптомами, при пневмонических явлениях, при тиреоидитах, развивающихся в связи с острым ревматическим приступом, пирамидон в дозах 2—2,5 г в день давал подчас блестящий эффект — быстро падала температура и улучшалось общее состояние больного. При этом важно отметить, что препараты группы антипирина менее угнетающе действуют на сердце, чем салициловый натрий.

В свое время мы указывали (Клиническая медицина, № 2—3, 1939), что пира-мидон дает быстрое улучшение в случаях тяжелых висцеральных форм ревматизма, протекающих до поры до времени без явных клинических воспалительных локализаций под видом тифа или тяжелого сепсиса. Под влиянием пирамидона -отмечалось быстрое исчезновение почечных явлений у ревматиков (альбуминурии, нилиндрурни, гематурии), сравнительно быстро снижалась скорость оседания эритроцитов, исчезал лейкоцитоз (работы Короб, Аронсон, Розмана из нашей клиники).

Большое будущее как противоревмдпгчеокому средству принадлежит, повидимому, -и другому пиразолоиовому производному — аналгину, который, согласно литературным данным, даже превосходит пирамидон по жаропонижающему и обезболивающему действию, а благодаря прекрасной растворимости легко может применяться подкожно, внутримышечно и внутривенно.

Нужно коснуться и наших наблюдений над применением пирамидона при выраженной форме подострого септического эндокардита. За последние годы появились работы (Уитби, Эллис, Рабина), в которых описано несколько случаев применения МВ 693 — сульфидина при этом заболевании. Во время приема препарата в дозах от 2 до 5 г в сутки температура у больных временно снижалась, общее состояние улучшалось, уменьшалась анемизация. Эти авторы считают сульфидин единственным средством, которое может облегчить состояние больного и несколько продлить жизнь при безнадежном прогнозе.

Ввиду тесной связи подострого септического эндокардита с ревматизмом, естественно, уже и раньше возникала мысль о применении в этих случаях пирамидона. В литературе есть указания на возможность достижения при этом преходящего облегчения (Ланг и др.).

Мы 10 больным с выраженным подострым септическим эндокардитом назначали лечение пирамидоном в отдельные периоды, иногда по нескольку раз. Эти больные принимали пирамидон в дозах от1,5до2г в сутки. Почти как 'Правило (в 9 случаях «из 10), температура при применении пирамидона падала до нормы, общее состояние временно улучшалось. Такой эффект у ряда больных нам удавалось получать повторно, при нескольких за время лечения периодах назначения пирамидона.

Конечно, это не изменяло окончательной судьбы больных. После прекращения приема пирамидона температура сейчас же вновь поднималась. Если принять во внимание, что для такого же снижения температуры до нормы требуется не менее 5 г сульфидина в сутки, то на пирамидон следует обратить внимание.

Пирамидон значительно снижает температуру и при других инфекционных поражениях, например, при туберкулезе, но лишь временно,, в периоды назначения препарата и без особого улучшения общего состояния больных. В наших госпиталях мы наблюдали снижение температуры до нормы во время приема пирамидона у больных с тягчайшими септикопием'йческими процессами, в конце концов закончившимися смертью.

На этом свойстве пирамидона, как известно, основано применение так называемых пнрамидоновых толчков для распознавания сути затяжных субфебрильвых температур (проба Голло и др.). Хороший эффект от применения пирамидона при туберкулезе легких в 83% случаев в одном из наших госпиталей получил 'Марковский.

Интересно отметить, что у больных подострым септическим эндокардитом, леченных пирамидоном, мы не заметили хоть сколько-нибудь выраженного влияния препарата на интенсивность гематурии. Вопреки данным Гитденбергера, который основывался на учении Эттингера об уплотняющем мембраны действии пиразол он овых производных, мы не обнаружили особого влияния пирамидона и на остаточную гематурию при нефритах другого происхождения. По нашим данным, пирамидон не дает более или менее стойкого снижения кровяного давления.

Пирамидон в достаточных дозах в ряде случаев оказывается мощным методом терапии при инфекционных и тяжелых хронических полиартритах. Указания об этом появились в литературе уже со времени первого введения пирамидона в практику. 'Многие видели поразительный подчас эффект больших доз препарата в отдельных случаях хронических деформирующих поражений суставов. Некоторые даже на-

зывают пирамидон «суверенным методом воздействия» при хронических полиартритах (Штангие).

Мы испытали препарат и в этом направлении — энергично лечили пирамидоном 34 больных с острыми и подострыми инфекционными (тонзиллогенными, гриппозными, дизентерийными и пр.) поражениями суставов и с первично хроническими прогрессирующими злокачественными полиартритами.

В большей части этих случаев пирамидон применяли в виде десятидневных, часто повторных ударов (доза 1,2—2,5 г в день). В 12 случаях (из 16) инфекционных артритов и в 16 случаях (из 18) было получено улучшение. В последнее время такой же эффект наблюдался и в нескольких случаях гонорройных полиартритов.

При инфекционных артритах благоприятный результат давал часто один такой пирамидояовый удар. Нужно отметить особенно хороший результат в 4 случаях дизентерийных поражений. При первично хронических полиартритах (больные с резко выраженными прогрессирующими формами заболеваний) улучшение наступало, естественно, в пределах, вообще возможных при этом тяжелом заболевании. В ряде случаев асе же восстанавливалась способность к передвижению и даже трудоспособность, хотя перед этим больные по нескольку месяцев лежали в постели. Иногда такой эффект оказывался длительным. При первично хронических полиартритах требовались обычно повторные пирамидоновые удары. Конечно, при хронических полиартритах, при которых медикаментозная терапия обычно не занимает такой же ведущей роли, как при острых, лечение пирамидоном нужно широко сочетать с бальнео- и механотерапией и массажем.

Медикаментозные противоревматические средства нужно широко применять и с профилактической целью, для предотвращения рецидивов ревматизма. В этом отношении пирамидон, который больные хорошо переносят и принимают охотнее, чем салициловый натрий, тоже имеет преимущество.

По нашему мнению, пирамидон, как и салициловый натрий, с профилактической целью нужно назначать во всех случаях, когда можно ожидать вспышки ревматического процесса. Профилактику небольшими (до 1 г в день) дозами пирамидона мы широко проводили в первую очередь у больных-ревматиков, перенесших ангину. Пирамидон они принимали в течение 2—3 недель. То же самое следует делать и после всех других перенесенных ревматиками катарральных процессов в верхних дыхательных путях, а также после энтероколитов и пр.

В практике часто забывают, что всякое оперативное вмешательство и различные инфекционные заболевания могут спровоцировать у ; евматиков острый приступ ревматизма. В этих случаях необходимо профилактическое применение пирамидона или салицилового натрия, в особенности при наиболее частом у ревматиков оперативном вмешательстве — тонзиллэктомии. В таких случаях назначение пирамидона до и после операции безусловно необходимо и, конечно, не только потому, что пирамидон уплотняюще действует на сосуды.

Так же, как и салициловый натрий, пирамидон следует применять длительно после перенесенной больным ревматической атаки, а также назначать его лицам, склонным к рецидивам в осенний и ранний весенний период.

Иногда обострению процесса у ревматиков способствует курс бальнеотераяевтического лечения, особенно грязелечения, тем более что еще имеются тенденции приступать к грязелечению очень рано после атак ревматизма.

Мы в свое время в Украинском институте курортологии лечили 40 больных (33 — с резидуальными явлениями в суставах после ревматической атаки и 7 — с первично хроническими формами полиартри-

тов в большинстве с нарушением подвижности в суставах) грязью (от 10 до 14 апликаций в 40°, по 15—20 минут). Одновременно этим больным назначали пирамидон (чаше—12—24 г). Пирамидон они принимали в течение 15—22 дней с небольшими перерывами. В 38 случаях получен хороший результат; количество обострений во время лечения было меньше обычного.

Теперь в бальнеологии считают, что -выраженная во время лечения реакция является отрицательным признаком для прогноза отдаленных результатов. Одновременное лечение грязью и пирамидоном при высокой эффективности позволяет провести курс лечения без обострений даже у лиц, склонных к ним.

Существенно также отсутствие какого-либо побочного действия пирамидона. Между тем у больных, леченных салициловым натрием даже в средних дозах, мы наблюдали общеизвестные побочные явления, что заставляло прекращать прием препарата.

Опубликованные несколько лет назад сначала ® американской, затем в скандинавской и голландской литературе сенсационные сообщения о случаях тяжелого поражения кроветворной системы в результате приема пирамидона вызвали оживленную дискуссию. Плам, описавший 128 случаев агранулоцитоза, развившегося в результате лечения пирамидоном (причем 70 случаев закончились летально), рекомендовал даже изъять пирамидон из фармакопеи.

(Мы не разделяем взгляда, что пирамидон токсически действует на костный мозг и, в частности, на гранулоцитопоэз.

'Против этого говорит прежде всего то обстоятельство, что пирами дон в случаях даже длительного приема его в больших дозах не изменяет, как правило, лейкоцитарной картины крови нн в клинике, ни в эксперименте.

По данным нашей клиники (наблюдения охватывают 425 ревматиков, артритиков и др.), прием пирамидона (в отдельных случаях даже до 150 г за 100 и более дней) не изменяет особо количества лейкоцитов. Число лейкоцитов у 24% больных осталось без изменения, у 41% снизилось (но у подавляющего большинства не падало ниже 5 000), а у 35% больных даже увеличилось. Эти данные сходятся с результатами наблюдений Гросмана из клиники Кончаловского. К тому же в тех случаях, когда общее число лейкоцитов падало, процент нейтрофилов обычно не уменьшался.

Мы знаем больных, принимавших за несколько месяцев до 200 г пирамидона без перерыва, у которых каких-либо изменений кропи не наблюдалось. Недавно под нашим наблюдением была женщина 48 лет с нормальной картиной крови, которая по поводу головных болей и болей в области сердца принимала пирамидон в течение 5 лет ежедневно: в первые два года -по 0,3 г один раз, а затем три года даже по 2—3 раза в день. Подобный случай описан и Цонтшевым,

Мы не выявили закономерного влияния на число лейкоцитов значительных доз пирамидона и у 10 больных с миэлоидной лейкемией. Судя по работе Темпера (из нашей клиники), прием пирамидона в течение 5 дней не влиял на выпадение функциональной пробы костного мозга с нуклеиновокислым натрием,

В экспериментах на кроликах, которым за 180 дней вводили до 11,7 г пирамидона, число лейкоцитов существенно не изменялось, процент нейтрофилов в большинстве случаев не падал. Иногда можно было отметить лишь небольшую анемизацию.

Очевидно, появление резкой гранулоцитопении в отдельных случаях следует отнести на счет очень редкой индивидуальной сверхчувствительности к пирамидону. Последнее доказывается тем, что эти лица часто являются аллергиками вообще. У таких лиц, перенесших в прошлом агранулоцитоз, иногда даже через многие поды однократ-

ный прием 0,3—0,5 г пирамидона может вновь вызвать резкое падение числа лейкоцитов. Часты случаи рецидивирующего агранулоцитоза.

Работать с нашим отечественным препаратом мы можем сравнительно спокойно. Несмотря на то, что пирамидон применяется у нас чрезвычайно широко, до сих пор наблюдалось, лишь ничтожное количество (да и то не всегда достаточно ясных) случаев пирамидонового агранулоцитоза (Киреев, Рубинштейн, Куперман), Таким образом, нужно признать, что широкое употребление столь ценного (медикамента, как пирамидон, вполне допустимо.

Кроме мощного жаропонижающего действия препарата, несомненное значение имеет и его антиаллергическое и противовоспалительное влияние. Десенсибилизирующее действие пирамидона выявляется в экспериментальных исследованиях. В пользу этого говорят и данные нашей клиники по выпадению реакции на охлаждение и пробы с внутрикожным введением раствора салициловой кислоты ревматикам до и после приема ими пирамидона (Аронсон).

Вопросу о противовоспалительном влиянии пиразолоновых производных и, в частности, пирамидона в последнее время после исследований Эппингера и его школы в области так называемого серозного воспаления уделяется особенно большое внимание. По Эппингеру, при экспериментально воспроизведенных формах серозного воспаления пиразолоновые производные могут укрепить разрыхленную структуру капиллярной стенки и дать отчетливый лечебный эффект. В экспериментах фармакологов, которые вводили каплю горчичного масла в конъюнктивальный мешок глаза кролика и наносили горчичное масло на кожу, антипирин и его дериваты помешали развитию воспалительного процесса. Противовоспалительное действие пирамидона при приеме его внутрь было отмечено в 1930 г. в клинике Бергмана (по числу клеток и количеству белка в экссудате кантаридинового пузыря у больных).

В свое время в предварительной работе Левина из нашей клиники и в следующей подробной работе совместно с Дозорец мы исследовали влияние пирамидона как при местном применении его, так и при приеме внутрь, на эмиграцию лейкоцитов и десквамацию эпителия на слизистых оболочках. Для этого был использован разработанный нами еще в 1932 г. метод последовательных промываний. В работе с Дозорец исследовано влияние пирамидона на эмиграцию лейкоцитов и десквамацию эпителия в ротовой полости в норме и в случаях парадентоза (орошение растворами различной концентрации — 34 опыта и прием пирамидона внутрь по 1,5—2 г в день — 222 исследования в 40 случаях). Как в результате орошения, так и при приеме пирамидона внутрь значительно ограничилась интенсивность эмиграции лейкоцитов (до 50—80% первоначальной и даже меньше), слущивание эпителиальных клеток особенно не изменялось.

Эти данные убеждают в противовоспалительном влиянии пирамидона, имеющего определенное значение в механизме его воздействия вообще. Заманчивая возможность изменять с помощью фармакологических средств ход воспалительных процессов, даже глубоко протекающих в организме, представляет проблему большой клинической ценности. Здесь открываются пути для попыток более широкого использования пирамидона при различных воспалительных заболеваниях.

Нет никакого сомнения, что необходимы дальнейшие изыскания способов еще лучшего использования ценных свойств пиразолоновых производных и, в частности, пирамидона. Этой группе уже и теперь принадлежит почетное место среди тех мощных фармакотерапевтических средств, которыми располагает клиника внутренних болезней.

Подполковник мед. службы Г. И. ЭЛИНСОН

К ВОПРОСУ НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА

Жгут широко применяется в медицине, главным образом для временной остановки кровотечения, а также для создания уменьшенного круга кровообращения, когда необходимо дать максимальный приток крови к внутренним органам и мозгу, Так, при больших кровопотерях, наложив жгут на предварительно обескровленные (поднятием) конечности, можно подвести к важным жизненным органам оставшуюся кровь и, удержав ее в этих органах, вывести больного из состояния, угрожающего его жизни.

Клялл предлагал накладывать жгуты на нижние конечности при ингаляционном наркозе для уменьшения круга кровообращения н, следовательно, уменьшения необходимого количества наркотического вещества. При этом сон наступает более быстро, больной быстрее просыпается после наркоза, так как вслед за снятием жгутов в общее кровеносное русло поступает кровь из нижних конечностей, не насыщенная наркотическим веществом.

Оберет рекомендовал пользоваться жгутом при местном обезболивании для задержки всасывания обезболивающего вещества.

Проф. Петров пользовался жгутом для обезболивания сдавлением, особенно у обескровленных субъектов, которым не всегда показан иной вид обезболивания.

Жгут применяют для лечения методом застойной гиперемии по Биру и при внутриартериальном введении анестезирующего вещества с тем, чтобы свести к минимуму количество последнего. Иногда жгут накладывают и с диагностической целью, а именно: для установления коллатерального кровообращения при спонтанной гангрене (феномен Мошковича), для получения симптома Румпель-Лееде при гипертонии, для установления симптома Троянова-Тренделенбурга и т, д.

Кеню и Дельбе во время первой мировой войны (1914—1918) указали на значение жгута в -задержке всасывания в организм ядовитых веществ, образующихся при обширных ранениях и вызывающих токсическую форму шока, если жгут снять до первичной обработки раны. Об этом же писали Домбар и Брессо.

Основное назначение жгута — временный гемостаз как при операциях, так и при ранениях, особенно в военное время. Примером того, как часто приходится прибегать к жгуту в полевых условиях, могут служить цифры, приводимые Богоразо-м за первую мировую войну.

Из общего числа раненых с повреждением крупных сосудов на поле боя умирает 30—40%. Кроме того, из числа всех убитых и оставшихся на поле боя 40—45% погибает вследствие кровопотери.

Детализируя цифру ранений сосудов, Богораз приводит следующие данные: на 417 ранений конечности повреждение различных .сосудов отмечено в 314 случаях.

По данным Фромме, в первую мировую войну у 40% погибших на поле боя были ранены крупные сосуды.

По статистике Васильева, во время войны с белофиннами в числе погибших раненых на долю умерших от кровопотери падает: на поле боя — 54,1%, на БМП и ПМП — 86,5%, на ДМП — 54,1%.

На Ленинградском фронте во время Великой отечественной войны вскрытия, произведенные в войсковом районе, показали, что смертность от кровопотери в войсковом районе составляет 46,8%, или 20—22% общей смертности.

По данным Ф. Ф. Березкина, на Южном фронте в период Великой отечественной войны в войсковом районе погибло от кровотечения 6% раненых.

По Глазунову, 30% раненых погибают в войсковом районе от кровотечения и 50% — от комбинации кровотечения и шока. На долю наружного кровотечения, куда в основном относятся кровотечения из 'поврежденных сосудов конечностей, приходится 6—8%.

Генерал-лейтенант мед. службы С. С. Гирголав считает, что первое место среди причин смерти раненых занимает кровотечение и что «своевременное перетягивание конечности, особенно наложение жгута, могло бы предотвратить смертельную кровопотерю».

Приведенные краткие статистические данные убеждают нас в важности изучения показаний и техники пользования жгутом.

Ряд авторов указывает, что жгутом нередко злоупотребляют — **его** накладывают в тех случаях, когда к этому нет прямых показаний. По статистике войны с Финляндией, из 439 раненых, прибывших на Б'МП со жгутом, в 123 случаях он был наложен без показаний (ранение вен и артерий 'Мелкого калибра). Имеются указания на значительное **количество** тяжелых осложнений от неправильно наложенного жгута в период первой мировой войны. По материалам Ахутина, во время войны с Финляндией жгут в 50% случаев и даже более накладывали без прямых показаний. •

Несмотря на актуальность -вопроса о временном гемостазе, особенно в военное время, до сих пор нет единого мнения о применении жгута. В ряде руководств указывается разное гремя, в течение которого наложенный жгут может без вреда для раненого оставаться на конечности. Многие авторы вовсе не упоминают значения фактора давления под жгутом и влияние этого давления на безопасную длительность нахождения жгута на конечности. До сих пор многие авторы считают возможным гемостаз жгутом лишь на однокостном отделе конечностей, тогда как фактически наиболее удобным местом наложения жгута являются двукостные отделы (голень, предплечье). Говоря о наложении жгута на однокостные отделы конечностей, многие авторы не указывают, на какие места менее, а на какие более опасно наложение жгута.

Поэтому необходимо пересмотреть имеющиеся инструкции о пользовании жгутом и сделать указания на опасность и осложнения от него.

Помимо парезов, параличей и гангрены конечности, вызываемых жгутом, он опасен еще и тем, что в случае, если давление под ним недостаточно или жгут слабо зафиксирован, он не предупредит смертельного кровотечения. Жгут, сделанный из недостаточно крепкого **материала**, а тем более из резины, теряющей прочность при низкой **температуре**, может в пути порваться.

Необходимо учесть, что кровотечение после кратковременного наложения жгута и разрыва его значительно сильнее, чем до наложения, ибо жгут, парализуя сосудодвигательные нервы и в первую очередь вазоконстрикторы, способствует последующему усилению кровотечения. Тонкие жгуты, действуя подобно веревке, чрезмерно травмируют кожу, оставляя на ней странгуляционную бороздку, нарушают питание и часто приводят к некрозу кожи. Наложение жгута не безопасно у детей я у лиц с атрофической мускулатурой. Описаны случаи ишемических контрактур в связи с перерождением, сморщиванием и рубцовым изменением мышц после сравнительно кратковременного сдавливания их жгутом. Жгут опасен при далеко зашедших изменениях сосудов алкогольного, возрастного, диабетического и сифилитического происхождения.

Проф. Оппель предостерегает от наложения жгута при аневризмах и самопроизвольных гангренах. К редким, однако довольно тяжелым осложнениям нужно отнести продолжительные застойные явления к отеки, а также гангрену краев послеоперационной раны.

Все это доказывает важность всестороннего изучения показаний и противопоказаний для наложения жгута и правил пользования им.

Суммируя все наши рассуждения, мы можем сказать, что жгут следует накладывать при значительных, угрожающих жизни артериальных кровотечениях, остановить которые ины-ми методами не удается.

В некоторых хирургических руководствах приводятся следующие показатели правильно наложенного жгута: белый восковидный вид конечности, понижение в ней температуры на 2—3°, ослабление чувствительности, исчезновение сухожильных рефлексов, прекращение активных движений и потеря электровоз буднмости мышц.

С авторами этих руководств нельзя согласиться, так как все это может быть и при неправильно наложенном жгуте, когда он затянут чрезмерно. В подобных случаях перечисленные признаки явятся показателями достаточной перетяжки конечности, но отнюдь не показателями максимально допустимого давления под жгутом. Кроме того, на поле боя, где чаще всего накладывают жгут, нет ни времени, ни аппаратуры, ни достаточно квалифицированного медицинского состава для такой проверки. Основным признаком правильного наложения жгута мы считаем прекращение пульса в периферической части конечности под влиянием постепенного увеличения давления под жгутом или остановка кровотечения ад оси1оз. Это просто и легко установит любой боец, накладывающий жгут товарищу-в порядке взаимопомощи и не имеющий никакой медицинской подготовки.

Лексер в учебнике общей хирургии (1938) указывает лишь на один признак правильно наложенного жгута — цвет кожи: при правильном наложении кожа бледнеет, а при неправильном — багровеет. Однако признак этот не точен — не указывает на чрезмерную перетяжку конечности.

Жгут применяют для гемостаза не только на конечности. В последнее время с помощью жгута с успехом останавливают кровотечения и из поврежденных сосудов шеи. Упором для жгута в этом случае служит шина, наложенная одним концом на голову, другим — на плечо со стороны, противоположной ранению (способ Микулича). Каплун в 1936 г. предложил вместо шины воспользоваться рукой самого пострадавшего. Таким путем автору удалось остановить кровотечение из крупных сосудов шеи. Способ чрезвычайно прост, его можно использовать даже в тех случаях, когда первую помощь раненому оказывает его товарищ-боец.

Большой интерес представляет не решенный еще окончательно вопрос о пользовании жгутом по Момбургу. Сущность способа состоит *е* том, что жгут накладывают на живот, тотчас выше гребешков подвздошных костей для сдавления брюшной аорты до полного закрытия ее просвета. Этот метод весьма соблазнителен при ранениях крупных сосудов, расположенных в тазу, промежности, паху и недоступных для непосредственного сдавления.

Несмотря на то, что метод Момбурга предложен еще в 1903 г., ни в нашей, ни в иностранной литературе до сих пор нет единого мнения об этом способе остановки кровотечения.

Наряду со сторонниками метода Момбурга, существуют и противники его. И те, -и другие имеют для этого веские основания. Проф. Булатников в своей работе «Топографический атлас брюшных внутренностей при поясничной констрикцин по Момбургу» указывает, что у худощавых людей наложение жгута по этому методу не сложнее обычного; после пребывания жгута в течение 45 минут, даже с максимальным давлением, кишечник не повреждается.

Хотя метод Момбурга небезопасен и имеет ряд недостатков, последние в срочных случаях искупаются его достоинствами. При наложении жгута по Момбургу кишечник прижимается толщей передней

стенки живота, что предохраняет его от травмы. Опасения некоторых авторов, что при этом надолго будут зажаты мочеточники, не оправдались при экспериментах. Опасность же быстрого включения в круг кровообращения большого количества крови из нижней половины туловища после снятия жгута, наложенного по Момбургу, можно предупредить. Для этого предварительно перетягивают жгутом оба бедра. Затем, сняв жгут с живота, по очереди снимают и жгуты с бедер. При больших кровопотерях перед наложением жгута по Момбургу предварительно обескровливают конечности (поднимая их кверху). Это заменяет аутотрансфузию и подчас спасает жизнь пострадавшего.

Пирогов еще -в 1865 г, указывал на прижатие аорты как на мероприятие, которое может вывести из обморочного состояния обескровленного больного. При наложении жгута по методу Момбурга нужно остерегаться чрезмерного сдавления, ибо это не менее опасно, чем чрезмерно длительное оставление жгута. Жгут по Момбургу применяют также в акушерско-гинекологической и урологической практике.

'Многие авторы предостерегают от наложения жгута по этому способу перед операцией по двум причинам: 1) жгут к концу операции ослабевает, 2) в начале операции он усиливает венозное кровотечение.

Описаны случаи смерти от перитонита, развившегося после наложения жгута по 'Момбургу, иногда наблюдались кровавые поносы, вследствие травмы слизистой кишечника и паралича вазомоторов, параличи мочевого пузыря и прямой кишки, остановка дыхания после снятия жгута, отек легких, пневмонии. Некоторые авторы особо предостерегают от метода гемостаза по 'Момбургу при слабом сердце у стариков и истощенных больных.

Учитывая положительные и отрицательные стороны метода гемостаза по ‘Момбургу, а также наши эксперименты, мы приходим к выводу о возможности применения его, особенно на передовых этапах санитарной эвакуации, где временная остановка кровотечения другими методами невозможна.

Чрезвычайно интересно то обстоятельство, что не все ткани в равней мере реагируют на асфиксию их. Кроме того, одна и та же ткань в разных условиях по-разному реагирует на асфиксию. В одних случаях длительное сдавление жгутом проходит безнаказанно, в других же более кратковременное сдавление вызывает параличи и даже гангрену конечности. Сопротивляемость тканей асфиксии требует глубокого изучения.

Необходимо указать, что важным фактором, усиливающим или уменьшающим сопротивление тканей к асфиксии, является предшествующее состояние сосудов, ранение, инфекция, изменение местной и общей температуры. Экспериментами на животных доказано, что чем энергичнее происходит процесс обмена в тканях, тем сильнее они реагируют на асфиксию. Устойчивость тканей к асфиксии на конечностях выше, чем ва языке и на шее. Наши эксперименты с пятиминутным сдавлением жгутом шеи (по Микуличу) также дали значительно более резкие субъективные и объективные расстройства, чем пятнадцатиминутное сдавление им конечностей (боли на месте наложения жгута, общее тяжелое состояние, стремление снять жгут, резкое учащение пульса, повышение кровяного давления).

Экспериментами на животных доказана также связь асфиксии тканей с температурой. Так, при температуре 38—39° гангрена на конечности, находящейся под жгутом, развивается значительно быстрее. Если же такая конечность погружена >в воду с температурой 2°, подобные явления наступают значительно позже. Это чрезвычайно важное обстоятельство заставляет притти к выводу о благоприятном влиянии холода (до +2°) на конечность, сдавленную жгутом. Понижение температуры периферической части конечности усиливает со-

противляемость тканей к асфиксии и допускает более длительное сдавление ее жгутом. Лрименеиио тепла при местной асфиксии (конечность под жгутом) уменьшает сопротивляемость тканей и значительно быстрее ведет к гангрене.

Что касается наиболее часто встречающегося осложнения — паралича конечности, то и в данном случае охлаждение (до +2°), способствуя реактивному сокращению тканей, может до некоторой степени удлинить срок безопасного пребывания жгута. При температуре в 38—40° происходит усиленный обмен веществ в тканях и быстрое сгорание запасов кислорода в них. При низких же температурах (+2°) обмен веществ в тканях резко ослаблен. Наши эксперименты на людях с десятиминутным сдавлением жгутом конечности, погруженной в горячую и холодную воду, также подтверждают высказанную теорию. В первую очередь бросается >в глаза отсутствие субъективных явлений при конечности, находящейся 'в холодной воде. Наоборот, субъективные явления резко выражены -в случае, если та же конечность находится в тепле (39—45°).

Из этого мы позволяем себе сделать практическое предложение о целесообразности летом оставлять конечность со жгутом открытой, а зимой укрывать ее лишь настолько, чтобы предупредить отморожение.

Помимо уменьшения сопротивляемости к асфиксии и к параличам от давления на нервный ствол, повышение температуры конечности с наложенным на нее жгутом вызывает шок тотчас после снятия жгута. Это обстоятельство неоднократно наблюдали и объясняют быстрым всасыванием токсинов из поврежденной области после снятия жгута. Местное применение холода (в пределах +2°, +5°) задерживает всасывание токсинов и предупреждает шоковое состояние.

Результаты наших экспериментов заставляют нас предостерегать от согревания конечности, на которую наложен жгут.

Говоря о показаниях к применению жгута, необходимо отметить, что во многих руководствах и до сих пор дается указание на необходимость при артериальном кровотечении накладывать жгут выше, а при венозном — ниже места ранения. В боевой обстановке, да к тому же бойцу, оказывающему помощь раненому товарищу, далеко не легко ориентироваться в характере кровотечения. Указание на то, что артериальная кровь алая и бьет струей с перерывами, а венозная — более темная и течет непрерывно, имеет скорее теоретический интерес и в боевой обстановке, на практике же подчас вводит неопытного бойца в заблуждение. Кроме того, при венозном кровотечении н и о к а ком наложении жгута, а тем более ниже места ранения, не должно быть и речи, нужно ограничить с я наложением давящей повязки.

Выводы

I. Жгут следует накладывать лишь при прямых к тому показаниях.

2. Необходимо шире внедрить в практику медицинской службы войскового района наложение жгута по Микулич-Каплуну и 'Момбургу.

3. При сдавлении жгутом конечности согревание ее периферической части допустимо лишь в ограниченных пределах (+2°, +5°), достаточных для предупреждения отморожения зимой. Летом согревание безусловно противопоказано.

Р. М. ЗАКОВИЧ

АКТИВНЫЙ МЕТОД СЕРОДИАГНОСТИКИ СИФИЛИСА

Самым дефицитным ингредиентом в реакции Вассермана является комплемент морской свинки. И в мирное время из-за недостатка этого ингредиента бывали затруднения, так как для получения комплемента необходимо в каждой лаборатории содержать морских свинок. В военное же время содержать морских свинок было весьма трудно, а местами даже невозможно. Многие серологические лаборатории очутились в затруднительном положении в связи с отсутствием комплемента и вынуждены были прекратить постановку реакции Вассермана и перейти лишь на осадочные реакции, что не разрешается советской серологической инструкцией.

Невольно возникал вопрос о замене классической реакции Вассермана.

В нашем госпитале мы решили применить активную модификацию Вайнштейна и Резинковой, предложенную в 1936 г. и одобренную IV Всесоюзным съездом венерологов.

В основе этой модификации лежит, с одной стороны, принцип Гехта — использование естественного комплемента и гемолизина испытуемой человеческой сыворотки, с другой — принцип ускоренных осадочных реакций: взаимодействие между сывороткой и антигеном с последующим связыванием комплемента происходит)п й1а1и пазсешН, в силу чего для связывания комплемента в первой фазе реакции достаточно 1—2 минут.

Для постановки активной модификации Вайнштейна и Резниковой требуется всего три ингредиента: 1) испытуемая сыворотка человека; 2) антиген; 3) цельная дефибринированная неотмытая баранья кровь.

Испытуемая человеческая нагретая (активная) сыворотка должна быть не менее 8-часовой и не более 24-чассвой давности. Антигены для этой модификации можно брать любые (специфические, неспецифические, комплексные) в концентрации в три раза крепче указанного титра. Баранью кровь берут цельную, дефибринированную неотмытую, в связи с чем отпадает надобность в электрической центрифуге. Реакция ведется при температуре 24—26°, что делает термостат излишним. Указанную температуру можно получить, поставив на рабочий стол электрическую плитку или просто керосиновую лампу.

Постановка модификации представлена в табл. 1.

Таблица 1

'№ пробирки	Испытуемая активная сыворотка (в см3)	Антиген разведенный (в СМ^3)		Физиологический раствор (в СМ?)	!♦/„ цельная баранья кровь (в см^3)	Продолжи* тельмость опита
		специфический	неспеннфический			
1	0,2	0,3	*	—	0,75	45-60
2	0,2	—	0,3	—	0.75	минут при
3	0,2		-	0,3	0,75	24-26°

Реакция производится следующим образом. На каждую испытуемую сыворотку берут три пробирки — две основные и одну контрольную, Во все пробирки наливают по 0,2 ом^3 испытуемой ненагретой (активной) человеческой сыворотки, затем в первую пробирку прибавляют 0,3 ом^3 специфического или комплексного антигена, во вторую —

В

0,3 ом[8] неопецифическото антигена, а .в контрольную — 0,3 см* физио* логического раствора.

Пробирки тщательно встряхивают в течение 1—2 минут, после чего во все пробирки приливают по 0,75 ом[3] 1% раствора дефибрини>роваиной неотмытой бараньей крови. Регистрация опыта производится через 45—60 минут стояния при 24—26°, когда обычно в контрольных пробирках наступает гемолиз.

Активная модификация Вайнштейна и Резинковой проверена нами в 2 640 опытах. Из этого количества 106 сывороток, т. е. 4%, дали са■мозадержку в контроле. Такие сыворотки обычно мы исследовали вновь, добавляя во все пробирки по 0,2 ом[3] активной сыворотки, давшей в день опыта отрицательный результат. Таким образом, столь высокий процент самозадержек сывороток в контроле не дискредитирует модификацию, так как повторное исследование их ® присутствии «нормальной» сыворотки дает вполне удовлетворительные результаты.

Активную модификацию мы ставили параллельно с осадочными реакциями Закс-Витебского и Кана.

Полученные результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Диагноз	Число случаев	Положительные н слабо положительные реакции					
		активная методика Вайнштейна и Резниковой		реакция Закс-Витебского		реакция	Капа
		ЧИСЛО случаев	%	число случаев	%	число случаев	•/.
Сифилис I.....	1 182	578	46,3	519	43.9	524	44,3
, И свежий	<91	556	94,0	550	93,2	548	93,0
, 11 рецидивирующий	90	85	94,6	Ч	96,6	84	93,3
, 11 латентный . .	62	18	99,0	23	37,0	. 21	33,8
Мягкий шанкр	14		—	—	—	—	—
Гоноррея	349	1	0,3	2	0,57	1	0,3
Обсервация	35?	22	6.2	23	6.5	21	6,0
Всего...	2 641	1 2С0	46,5	1 204	4о,6	| I 199	45,3

Из табл. 2 видно, что по активной модификации положительная реакция получена -в 46,5[е]/», до реакции Закс-Витебского — в 45,6?/», а по реакции Кана — в 45,3%. Таким образом, активная модификация дала совпадение с реакцией Закс-Витебского в 99,1%, с реакцией Кана — в 98,8% случаев. Это указывает на высокую чувствительность активной модификации. Что касается специфичности, то получена лишь одна положительная реакция на 349 гонорройных сывороток, что составляет 0,3%.

Наши- данные дают право рекомендовать активную модификацию Вайнштейна и Резниковой как достаточно чувствительную и специфичную реакцию[е].

[1] Необходимо отметить, что активная модификация Вайнштейна и Резниковой ставилась параллельно лишь с осадочными реакциями Закс-Витебского и Кана, а не с классической реакцией Вассермана. Поэтому «ельзя безоговорочно согласиться с выводами автора о специфичности активной модификации Вайнштейна и Резниковой. Редакция.

Майор мед. службы, кандидат мед, наук К. М. СМИРНОВ

О ФИЗИЧЕСКОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ВЫЗДОРАВЛИВАЮЩИХ ПОСЛЕ ЛЕГКИХ РАНЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ

Опыт Великой отечественной войны подтвердил значение лечебной •физической культуры и показал целесообразность активного госпитального режима для восстановления боеспособности военнослужащих, выздоравливающих после различных ранений и заболеваний. Физические упражнения являются основным средством лечебной физкультуры и составляют важную часть активного режима ГЛР.

По успешности выполнения комплекса различных упражнений можно также получить приближенное представление об уровне физической работоспособности. В занятиях по физической подготовке с выздоравливающими мы и проводила! такие испытания. Результаты некоторых испытаний, статистически обработанные, позволяют приближенно охарактеризовать физическую работоспособность выздоравливающих перед возвращением их -в армию.

Данные испытаний интересны также для суждения об организации и методике физической подготовки в лечебных учреждениях. Хотя, насколько нам известно, подобные наблюдения проводились в других местах (Пашкевич, Израилев), результаты их не опубликованы в печати.

Наблюдения проведены в августе и октябре 1943 г. в Ленинграде в 5 госпиталях (ЭГ и ГЛР) Ы-ской армии Ленинградского фронта. Все обследованные солдаты и сержанты (большинство из стрелковых и артиллерийских частей) были намечены к выписке в запасные части в ближайшие дни после испытаний.

Средняя продолжительность лечения со дня ранения или заболевания до дня испытаний составляла 52 дня. 'Меньше чем за 60 дней закончило лечение 74% всех обследованных, следовательно, в большинстве это были легко раненые и легко больные. Подавляющее большинство обследованных раненых (92%) имело неосложненные повреждения мягких тканей, без ранения крупных сосудов и нервов или имело огнестрельные переломы отдельных костей кисти. Среди больных преобладали лица с небоевымп травмами, 'воспалительными заболеваниями кожи и подкожной клетчатки, с плевритами и гриппом. Было несколько больных гипертонией.

Обследованные находились на активном режиме (режим ГЛР) и подчинялись строевому распорядку дня. В программу их занятий была включена также физическая подготовка, проводившаяся 2—4 раза в неделю квалифицированными методистами. Наша работа ограничивается суждением о комплексном влиянии всего активного режима в целом.

'Анамнестических сведений о степени работоспособности обследованных до ранения мы не собирали, так как считали, что индивидуальные различия будут нивелированы при расчете средних величин. Средняя длительность пребывания в отделении выздоравливающих ЭГ или в третьем периоде в ГЛР равнялась 24 дням.

Испытания были проведены таким образом, чтобы обеспечить участие <*в* них большей части выздоравливающих, находившихся в это время в госпиталях. В противном случае показанные результаты могли бы не совпасть со средними, характерными для всей остальной массы. Все упражнения выполнялись в летнем обмундировании, в ботинках или сапогах, без снаряжения и оружия. В программу испытаний входили: 1) подтягивание на перекладине, 2) метание спортивной гранаты на дальность, 3) прыжок в длину с разбега, 4) бег на 1 000 м.

Такой комплекс испытаний нельзя назвать исчерпывающим, но он

все же дает представление о выносливости, силе, ловкости и степени освоения некоторых важных двигательных навыков. В указанный период этим же комплексом пользовался отдел физической подготовки Ленинградского фронта для оценки степени физической подготовленности здоровых военнослужащих. Различия в применявшихся упражнениях заключались в том, что отдел физической подготовки требовал выполнять метание гранаты, держа в свободной руке винтовку. В беге также требовалось нести винтовку на себе. Часть наших обследованных участвовала в выполнении всех четырех упражнений, другие выполняли только некоторые упражнения. Поэтому мы не рассматривали вовсе вопроса' о корреляции между результатами в отдельных упражнениях, Некоторые обследованные не выполняли того или другого' упражнения, одни—в связи со своим состоянием, другие — из-за организационных неполадок.

В табл. 1 приведены средние результаты обследований. Данные

Таблица 1

Средние результаты испытаний при различных ранениях н заболеваниях

х. Диагноз / Упражнения	Ранения мягких тканей: головы и шеи	туловища	п а вой руки	левой 1 руки	1 нижних конечно-стей	множ ест- 1 венные	Прочие ранения	Больные: хипурпь ческие	терапевти-ческие	Средние результаты и обтке число испытаний
Метание гранаты ((в М)	27,2 . («Я	32.5 (21)	34,0 (21)	33.1 (34)	32.8 (43)	32,1 (19)	30 4 (14)	31.1 (73)	28.7 (20)	8 (287)
Прыжок в длину с разбега см)	244 ('48)	280 (23)	Верхние конечности _ :8Я ""(57)		282 (43)	270 (Я)	2(2 (15)	278 (67)	_2>5 ' ((>	274_ Ж)
Бег на 1 СОЗ м (время в минутах и секундах)	5:43 (И)	5:04 (14)	4:51 ... (39)		4:56 (20)	4:52 (17)	5;-9 (?)	5: 0 «V)	6:06	5:1" (154)
Подтягивание (число раз)	3.3 (12)	2,8 (15)	3.5 (28)		3.6 (25)	2,8 (12)	3.3 (6)	3.6 (38)	2,9 (17)	3,3 (148>

Примечание. В каждой гргфе приведен средний результат испытаний, в скобках показано число случаев. Подчеркнутые средние результаты юворят о степени статистической достоверности (см. текст).

сгруппированы по характеру и локализации ранений и заболеваний В группу ранений верхних конечностей включены, кроме ранений мягких тканей, указанных в табл. 1, также огнестрельные переломы отдельных костей кисти. К прочим ранениям отнесены случаи более тяжелых ранений — переломы длинных трубчатых костей и проникающие ранения грудной клетки.

Различия между групповыми средними невелики, поэтому для определения степени их достоверности был использован статистический дисперсионный анализ по Р. Фишеру (Ю. Л. Поморский * *, В. С. Немчинов[2]). При обработке обнаружилось, что характер и локализация ра-

* «Статистический анализ комплекса признаков» (§ XIX и далее), Л., 1938.

* «Сельскохозяйственная статистика с основами общей теории», (гл, XX), М., ,1945.

нений или заболеваний влияет на результат испытаний в метании гранаты и в беге с вероятностью, равной 0,95, а на результаты прыжка — с вероятностью, равной 0,99. Те же влияния на результаты подтягивания оказались недостоверными *. В табл. 1 вероятность влияния характера и локализации ранений и заболеваний на средний результат обозначена подчеркиванием среднего: одной чертой — при вероятности 0,95 и двумя — при вероятности 0,99. Анализ различий между 'отдельными групповыми средними и общим средним результатом показывает, однако, что достоверные различия имеются только в 'Некоторых группах (подчеркнутые соответствующие средние результаты в табл. 1). Пунктиром подчеркнуты те 'Групповые средние, достоверность различий которых от общего среднего близка к 0,95, хотя немного не достегает этой величины.

Наблюдаемые различия можно считать реальными только для группы раненных в мягкие ткани головы и шеи, а также для группы терапевтических больных, причем в обоих случаях результаты ниже общих средних. Кроме того, можно предположить реальность различий для группы ранений верхних конечностей, где результаты, наоборот, выше общего среднего. Все остальные межгрупповые различия не достоверны, их приходится считать случайными.

Наши данные указывают, следовательно, что за вычетом упомянутых небольших различий работоспособность различных групп легко раненых и больных к моменту выписки из госпиталя становится более или менее одинаковой.

Такой вывод будет, разумеется, верен дашь поскольку вообще можно судить о работоспособности по данному комплексу упражнений. Кроме того, этот вывод может относиться только к последним дням п.ребывания в госпитале и только к тем выздоравливающим, которые могли выполнить данные упражнения. До момента -выписки из госпиталя на всем протяжении лечения состояние и локализация ранения препятствуют некоторым раненым выполнять те или другие упражнения. Такие особенности чрезвычайно индивидуальны и не могут быть выделены ни в приведенной, ни вообще в любой группировке.

Поэтому наши данные никоим образом не могут поколебать установившееся положение о необходимости диференцированного подхода к различным группам легко раненых и больных как при занятиях физической подготовкой, так и вообще при организации активного режима. Наоборот, межгрупповые различия у терапевтических больных в при легких ранениях верхних конечностей подтверждают правильность выделения этих групп в обособленные подразделения госпиталей для легко раненых (ГЛР).

Худшие результаты испытаний у терапевтических больных связаны, конечно, с тем, что внутренние заболевания сильнее отражаются на общем физическом состоянии по сравнению с легкими травматическими повреждениями или воспалительными заболеваниями, имевшимися у остальных обследованных. Более высокие результаты при ранениях верхних конечностей мы объясняем тем, что в большинстве случаев ранения этой локализации бывают менее обширными по сравнению с ранениями других областей тела. Сколько-нибудь обширные ранения руки обычно сопровождаются повреждением костей, нервов или крупных сосудов и, стало быть, не могли попасть ® данную группу. Огнестрельные переломы отдельных костей кисти, вошедшие в эту группу, также сравнительно мало отражаются на общем физическом состоянии.

[1] Вероятность, равная 0,95, означает, что наблюдаемая зависимость имела бы место в 95 случаях из 100, если бы многократно повторять проделанные наблюдение на других подобных оке группах выздоравливающих. Вероятность, равная 0,99, указывает, что зависимость была бы верной в 99 -случаях из 100.

Низкие результаты испытаний при ранениях мягких тканей головы я шеи связаны, возможно, с наличием у таких раненых легких коммоционный явлений. Такие явления, вероятно, даже не обнаруживаются клинически, но тем не менее отражаются на выполнении сложных упражнений, в которых необходимо максимальное напряжение координационных механизмов центральной нервной системы.

Нельзя исключить также возможных нарушений распределения мышечного тонуса в различных областях тела у этих раненых. Ранение головы и шеи может нарушить нормальное функционирование шейных тонических рефлексов , и рефлексов с вестибулярного аппарата, а эти рефлексы имеют существенное значение для нормальных функций двигательного аппарата. Наши данные говорят поэтому о целесообразности диференцированного подхода при организации активного режима и для этой группы легко раненых.

Малые различия в работоспособности групп раненых и больных ред выпиской позволяют ставить вопрос, об одинаковых нормативах или программах занятий с ними, К одним и тем же нормативам следует готовить, учитывая особенности ранений или заболеваний: различно подходить к занимающимся, дозировать нагрузку и применять упражнения в определенной последовательности.

Таблица 2

■Сопоставление средних результатов испытаний с нормативами Ленинградского фронта для здоровых (на „удовлетворительно*4)

Упражнения		Возрастные группы			Средние результаты И общее число наблюдений
		17—30 лет	31—40 лет | 41—50 лет		
Метание гранаты (в М)	Норматив с винтовкой	28	28	25	
	Средн й результат без оружия ♦	32,7 (155)	30,5 ' (85)	27,8 (27)	31,5 (267)
Прыжок в длину с разбега (в см)	Норматив	320	300	гбо	
	Средний результат	286 (163)	259 (М	254 (27)	274 (675)
• "Бег на 1 000 м (й| *емя)*	Норматив с винтовкой	5:20	5:30	5:50	
	Средний результат без оружия	4:57 (80)	5:?3 (53)	5:23 (21)	5:10 (154)
'Подтягивание (число раз)	Норматив	3	3	2	
	Средний результат	3.6 (87)	3,2 (46)	2.4 (15)	3,3 (148)

Примечание. В графах со средними результатами в скобках указано количество наблюдений.

В табл. 2 средние результаты наших испытаний сопоставлены **с** нормативами на оценку «удовлетворительно» для здоровых военно-

служащих, установленными на 1943 г. на Ленинградском фронте. Со» ответственно нормативам, данные распределены по трем возрастным группам, так как возраст существенно отражается на результатах выполнения упражнений. Мы не приводим здесь распределения внутри возрастных групп по характеру ранений и заболеваний, так как средние результаты, рассчитанные таким образом, повторяют данные табл. 1. Обследованные, принадлежащие к различным возрастным группам, примерно одинаково распределены по группам ранений и заболеваний. В младшей возрастной группе (17—30 лет), где имеется достаточное количество наблюдений, влияние характера и локализации ранений и заболеваний оказывается также и статистически достоверным. Средняя и старшая возрастные группы слишком для этого малочисленны.

Сопоставление результатов испытаний с нормативами показывает, что работоспособность выздоравливающих близка к оценке «удовлетворительно» по шкале оценок для здоровых людей. Подтягивание и метание гранаты выполняются несколько успешнее требовании норматива, прыжок производится хуже. Результаты в беге получились выше,, чем на удовлетворительную оценку, но их приходится все же считать плохими. Наши обследуемые бегали без оружия, которое сильно затрудняет бег. С поправкой на это наши данные окажутся хуже требований норматива. Таким образом, общая работоспособность большинства выздоравливающих оказывается близкой к работоспособности здоровых военнослужащих. Мы считаем поэтому, что при построении программы занятий для выздоравливающих можно руководствоваться требованиями, предъявляемыми к здоровым бойцам (на оценку «удовлетворительно»), внеся в них поправки на недостаточное восстановление выносливости и на отставание результатов в прыжках.

Как указано выше, эти программные требования могут выполняться более или менее одинаково большинством выздоравливающих, независимо от характера и локализации ранений и заболеваний. **В** процессе подготовки к таким нормативам следует обеспечить диференцированную методику и раздельное проведение занятий с различными группами. Необходим также индивидуальный пвдход к отдельным занимающимся, учитывая клинические особенности их ранений и заболеваний.

Выводы

1. К моменту выписки в запасные части обследованные выздоравливающие выполняли испытания по физической подготовке примерно на «удовлетворительно» по шкале оценок для здоровых военнослужащих.
2. Рассмотрение данных о выполнении упражнений подтвердило целесообразность диференци ров ан ной организации режима ГЛР для различных групп легко раненых и больных.
3. Данные испытаний показывают целесообразность особого выделения при организации режима, наряду с другими группами, также легко раненных в голову и шею.
4. Небольшие различия результатов испытаний указывают на возможность руководствоваться одинаковыми для всех выздоравливающих программными требованиями. 'Методика занятий, последовательность и дозировка упражнений должны быть при этом разными для различных, групп раненых и больных.

Подполковник мед. службы А. Н. БЕРКУТОВ

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

Сейчас большое значение придается изучению опыта советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг. Каждая работа, написанная участником войны, должна отвечать определенным требованиям, в частности, необходимо точно излагать хронологию событии.

Майор И. Б. Олешкевич в «Военно-медицинском журнале» № 6 за 1946 г. в статье «Лечение газовой инфекции бактериофагами» сообщает, что «во время Великой отечественной войны бактериофаги для лечения газовой инфекции стали применять с начала 1943 г.». Это утверждение не точно, ибо уже в августе 1941 г. на Западном фронте (главный хирург — проф. Банайтис) применялись бактериофаги. В августе 1941 г. доктор медицины Баева инструктировала хирургов фронта по вопросам применения анаэробных фагов и консультировала работу специально созданной анаэробной бактериологической лаборатории фронта.

В сентябре 1941 г. на Западном фронте на специальном совещании были заслушаны доклады хирургов о применении фагов при лечении анаэробной инфекции (Коптев, Рачик, Якуб, Пинчук, Дворкович и др.). Каждый из докладчиков представил материал, охватывающий по нескольку наблюдений. Участником и докладчиком конференции была проф. Крестовникова.

В декабре 1941 г. на первой научной конференции хирургов Западного фронта были заслушаны доклады Коптева и Беркутова о лечении анаэробной инфекции фагами. На протяжении всего 1942 г. на Западном фронте функционировал специальный госпиталь, предназначенный для изучения бактериофаготерапии ран.

Тов. Олешкевич, очевидно, не зная этих фактов, считает началом работы с фатами во время Отечественной войны опыт бригад на Северо-Западном и Калининском фронте. Своим письмом мы хотим исправить ошибку, допущенную т. Олешкевичем.

★

Полковник мед. службы К» Н. ЖИЛКИН

ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ НА М-СКОЧ ФРОНТЕ

Примерно до конца 1943 г. наш фронт обслуживала санитарная авиация гражданского воздушного флота (ГВФ). Санитарному управлению фронта была придана в оперативное подчинение санитарная эскадрилья № 62, затем эскадрилья № 13. Эти эскадрильи входили в состав полков ГВФ и были непосредственно подчинены командирам полков; командиры полков подчинялись командующему воздушной армией.

По заявкам санитарного управления эти эскадрильи эвакуировали раненых и больных и выполняли все другие оперативные задания (связь, доставка медицинского имущества, продуктов питания и т. и.). Однако эскадрильи, приданные нам, вначале не имели своих тылов и поэтому, дислоцируясь вместе со своими полками, сильно отрывались от коллекторов специализированных госпиталей. В результате происходил пережог горючего и сокращение количества самолете-рейсов.

Стремление санитарного управления фронта приблизить эскадрильи к группе специализированных госпиталей фронта (первого эшелона госпитальной базы фронта) было безуспешным до тех пор, пока эскадрильи не получили своих тылов. Создание тылов обеспечило лучший маневр самолетами.

Эскадрильи имели в своем составе от 12 до 18 машин разных марок (С-1, С-2, С-3, С-4 и др.), у большинства самолетов моторесурсы были уже отработаны и машины требовали ремонта.

Во всех эскадрильях ГВФ хорошо организовали борьбу с аварийностью и ремонт, поэтому все задания и поручения выполнялись четко и организованно.

Летный состав в эскадрильях в большинстве имел большой опыт и высокую квалификацию. Примерно от 30 до 50°/о летного состава владело слепыми полетами, которые широко применялись в 1942 г. на Брянском фронте.

Эскадрильи несли весьма ответственную работу по эвакуации раненых из партизанских районов. Потери летного состава были единичны.

В сентябре 1943 г. санитарное управление фронта приступило к формированию своей санитарной авиации. К ноябрю 1943 г. удалось сформировать санитарный авиаполк. Командир полка подчинялся непосредственно начальнику санитарного управления фронта, а по специальности — командующему воздушной армией.

На командовании воздушной армии лежал контроль за правильной эксплоатацией самолетного парка и его техническим состоянием, укомплектование летным и техническим составом и снабжение 1материальной частью. Полк всегда имел самолетов больше, чем полагалось по штату, что позволяло своевременно ремонтировать машины, не нарушая работы.

Преобладали самолеты типа С-2 и С-4. В условиях лесисто-болотистой местности самолеты С-2 оказались недостаточно эффективны-

«и — эти машины тяжелы и требуют большей площадки для разбега, чем С-4.

Самолет С-4 обычный самолет ПО-2, на крылья которого надева ются люльки-кассеты (по одной на каждое крыло).

Летный состав вновь сформированного полка не имел достаточного опыта. Это заставило командира полка усилить тренировочные полеты **и** только после достаточной проверки летных качеств каждого летчика давать ему разрешение на полеты. Все же вначале 'Происходило немало аварий. Принятыми мерами удалось в 1944 г. снизить аварийность до отдельных случаев. Аварии происходили из-за несоблюдения технических правил при взлете, посадке и т. п.

Санитарная авиация, как правило, всегда находилась -в «кулаке» и никому не придавалась. Эвакуация раненых и больных и другие задания выполнялись только по заявкам начсанармов, начальников санслужб отдельных частей (танковые корпуса, кавалерийские корпуса и др.). Заявки подавались телеграфом, шифром, кодом, отдельными письменно оформленными документами или с оперативными донесениями начсанармов.

В обычных письменных заявках и оперативных донесениях указы валось: 1) номер госпиталя или МСБ, откуда необходимо эвакуировать по воздуху раненых; 2) размер площадки и ее место с указанием координат по карте (как правило, на каждую площадку прилагалась схема ее); 3) количество раненых, подлежащих эвакуации.

Эскадрилья ГВФ обычно придавалась одной армии, полк ВВС — двум-трем армиям. Как командир полка, так и командир эскадрильи устанавливали связь с начальником санотдела армии и начальником 1-го отделения санотдела армии, уточняя у них перед операцией места площадок для посадки самолетов и вероятное количество раненых, подлежащих эвакуации по воздуху.

Где требовалась срочная эвакуация единичных раненых, самолет с опытным летчиком направляли на указанный пункт немедленно. ТИм же, где нужна была массовая эвакуация, предварительно на место вылетал командир полка или командир эскадрильи для обследования посадочной площадки и уточнения количества раненых, подлежащих эвакуации. Только после этого начиналась массовая эвакуация раненых по воздуху. Такое распределение работы помогало командирам санитарной авиации лучше ознакомиться с местностью, тщательно изучить взлетные площадки, трассы полета и непрерывно следовать вперед за медицинскими учреждениями.

Эвакуации по воздуху в первую очередь подлежали специализированные контингенты раненых — нейрохирургические, челюстно-лицевые, раненные в грудь, в живот и др. Во вторую очередь—-все раненые с переломами крупных костей (бедра, таза и т. п.). Эвакуация производилась на первый эшелон ГБФ, который, как правило, состоял из группы ППГ, усиленных специализированными группами ОРМУ. Полк ВВС располагался рядом с госпиталями первого эшелона ГБФ и эвакуировал раненых на ближайшую площадку, выбранную вблизи этих госпиталей. Для приема раненых на площадке развёртывался эвакоприемник из 2—3 палаток УСБ-41 (ДМП). Эвакоприемник возглавлял один из врачей полевого госпиталя, .которому придавали 2—3 медицинских сестер и 8—12 санитаров-носильщиков. Для перевозки раненых с аэродрома в госпитали автосанрота фронта выделяла 2—3 автобуса ЗИС-16 и 2—3 автомашины М-55.

В эвакоприемнике производилась сортировка раненых по госпиталям. Обычно раненых, направляемых в один -госпиталь, отправляли на одной автомашине,

В эвакоприемнике имелась аптечка для оказания ско-рой медицинской помощи, горячая и холодная вода. Нередко при массовой эвакуации

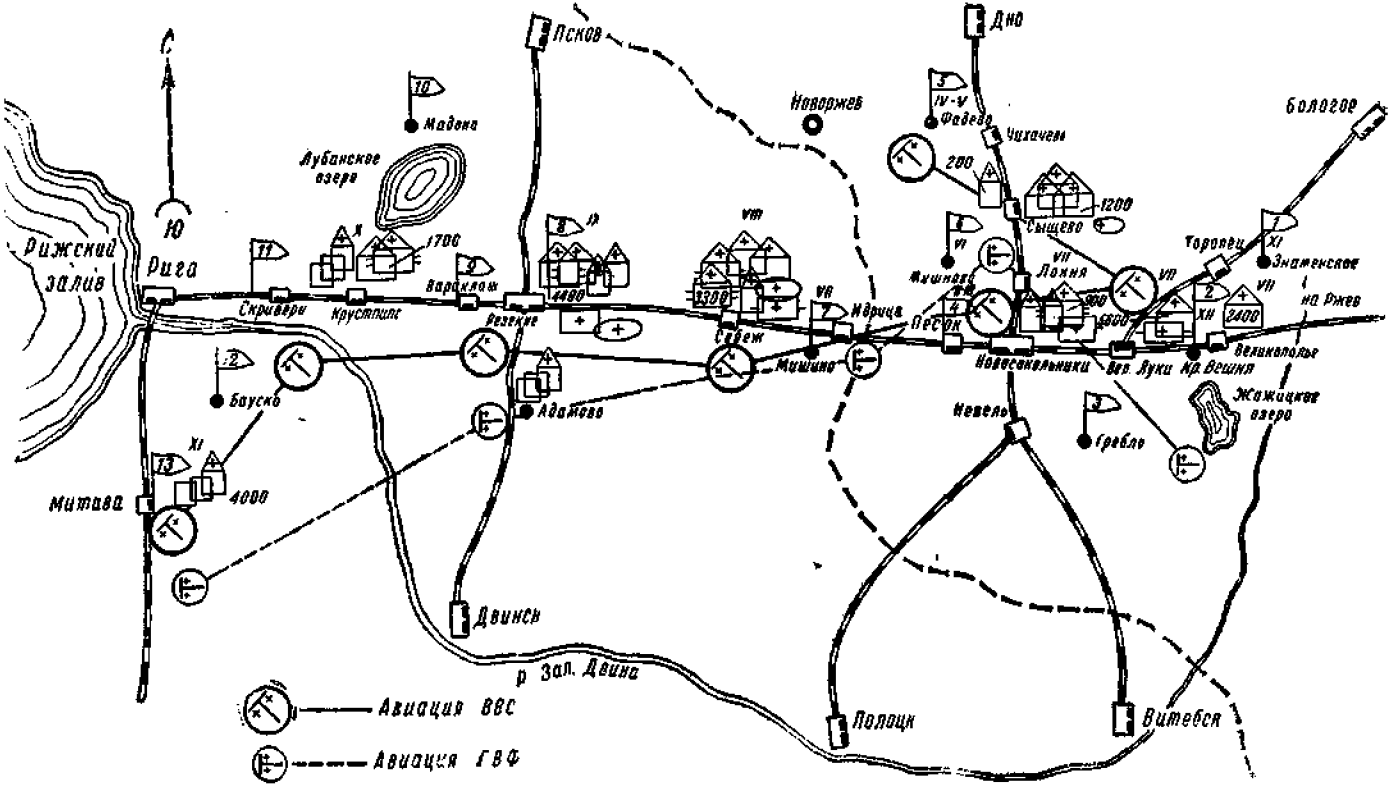


Рис. 1. Схема маневра санитарной авиацией фронта и передовой госпитальной базой фронта

раненый получал здесь и холодный завтрак. Но обычно раненые, прибывшие на аэродром, отправлялись в госпитали через 30—60 минут.

Опыт показал, что эвакуацию по воздуху раненые переносят хорошо. За два года (1943—1944) был только один случай смерти раненоге» в эвакоприемнике, через несколько минут после прибытия.

В 1944 г. эвакуировано по воздуху (в процентах к числу всех санитарных потерь): в январе — 0,9, в феврале—1,9, в марте — 5,3, в апреле — 9,6, в мае — 12,0, в июне — 13,4, в июле — 4,1, в августе — 12,2, в сентябре — 9,0.

Несколько странным кажется резкое снижение эвакуации самолетами в июле — 4,1% (период наступления в Латвии). Это объясняется отсутствием горючего.

Каков же радиус действия самолетов? Несмотря на все старания сократить его, он все-таки оставался большим. По месяцам этот радиус колебался в следующих пределах (в километрах): январь — 125—150, февраль — 135—167, март — 115—194, апрель — 115—200, май—165—175, июнь— 125—165, июль—145—165, август—125—135, сентябрь— 125—135, октябрь— 120—140.

В январе и феврале 1944 г. эвакуация по воздуху велась исключительно на Великополье, где раненых через эвакоприемник принимал и распределял по госпиталям СЭГ.

В марте эвакуация была переключена на Великие Луки, куда был дополнительно послан один СЭГ на 500 коек. Принимал раненых этот СЭГ. База же в Великополье сохранялась. В случае переполнения базы, в Великих Луках эвакуация переключалась на Великополье.

Наш опыт позволяет сделать следующие выводы.

1. Санитарные самолеты — один из лучших видов санитарного транспорта для эвакуации раненых. Раненые не травмируются и быстро доставляются к высококвалифицирванным специалистам.

2. Санитарная эвакуация по воздуху во время Великой отечественной войны занимала значительное место. Эвакуировано до 10—13% всех раненых и больных.

3. Создание своей санитарной авиации — полков ВВС — дало возможность сануправлениям фронтов оперативнее использовать этот вид транспорта для эвакуации раненых.

4. Опыт Великой отечественной войны показал, что санитарную авиацию необходимо всегда держать в «кулаке», не распыляя ее, и работать организованно.

5. Более приспособленным и удобным самолетом для работы в лесисто-болотистых местностях оказался самолет С-4.

Полковник мед. службы З. Л. ЛИБЕРЗОН

ПРЕДЛОЖЕНИЕ О СТАНДАРТИЗАЦИИ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗДУХОПРОНИЦАЕМОСТИ ТКАНЕЙ И ОДЕЖДЫ[1]

Из кафедры общей гигиены Военно-морской медицинской академии

«Задача одежды заключается, очевидно, не в том, чтобы устранить от тела одетого человека внешний воздух, а в том, чтобы сделать этот приток свежего воздуха незаметным, не обременительным». Так определял назначение одежды Ф. Ф. Эрисман [8].

Степень притока под одежду свежего воздуха в значительной мере зависит от воздухопроницаемости тканей. Воздухопроницаемость является весьма важным фактором гигиенической оценки тканей. От этого свойства тканей зависит не только вентиляция воздуха под одеждой, но в известной «мере и степень отдачи тепла с поверхности кожи человека. Однако требования высокой воздухопроницаемости тканей не могут быть «механически перенесены на все виды одежды. Так, например, верхняя одежда моряков, летчиков при условии высокой воздухопроницаемости «может приводить к переохлаждению организма. Это особенно скажется в холодные сезоны года и в ветреную погоду, так как большие массы воздуха, проникая под одежду, вызывают чрезмерную отдачу кожей тепла.

Нормативы воздухопроницаемости одежды и тканей должны точно соответствовать условиям (профессионального применения, климатическим и др.), в которых данный вид одежды практически используется. В настоящее время нет еще научно обоснованных норм воздухопроницаемости тканей и одежды. Это в известной мере зависит от отсутствия унифицированной методики изучения воздухопроницаемости тканей.

В основу различных способов определения воздухопроницаемости тканей одежды, принятых в гигиенических лабораториях, положена методика Рубнера. Рубнер в девяностых годах прошлого века впервые научно обосновал методику изучения воздухопроницаемости тканей. Заслуга Рубнера заключалась прежде всего в том, что он стандартизовал условия испытания тканей. Для получения сравнимых величин Рубнер предложил «коэфициент воздухопроницаемости». Он выражается временем (в секундах), необходимым для прохождения I мл воздуха через площадь в 1 см^2 * [4] ткани толщиной в 1 см. При этом давление (разрежение) под тканью поддерживалось в 0,42 мм водяного столба, соответствующее, по Рубнеру, тому, которое испытывает одежда при полном отсутствии ветра. Одеждой, однако, пользуются в самых разнообразных условиях, при различной скорости движения воздуха; почти никогда не бывает абсолютного штиля. Особенно это характерно для одежды -матросов в условиях плава«ния, Рубнер установил также, что даже умеренный ветер создает давление внешнего воздуха на одежду

[1] Доложено на конференции по вопросам гигиены военных тканей н одежды 23.10,1946 г. в Ленинграде.

[4] Эрисман Ф. Ф„ Курс гигиены, т. II, лекция XXVI,

в 7—10 мм водяного столба. Очевидно, чтобы составить правильное представление о воздухопроницаемости тканей одежды, необходимо исследовать их при различном давлении.

Изучение воздухопроницаемости тканей в широком диапазоне давления применительно к условиям внешней среды, -в которой одежда используется, создает возможность выработать гигиенические нормы воздухопроницаемости тканей. Именно таким образом были составлены нормативы для тканей, идущих на изготовление парашютов, а также материалов для фильтров, используемых в вентиляционной практике с целью очистки воздуха от пыли.

Методика Рубнера, по нашим наблюдениям, имеет существенные недостатки.

Пользуясь этой методикой, нельзя получить сравнимые данные, если даже удается создать давление под тканью в 0,42 мм водяного столба. (Методика позволяет получить лишь сравнимые «коэфициенты Рубнера», абсолютные же количества воздуха, прошедшие через ткань, получаются различные. Для иллюстрации этого существенного недостатка методики Рубнера в таблице приводятся следующие три примера[1].

№ при-мера	Наименование тканей *	Давление и д тканью 0.42 мм волятого ст лба	
		коэфзцчент Рубнера	количество ли»ров воздуха, про шедших через 1 и* * ткани в одну секунду
1	Бумазея.....	30,46	4.56
	Сукно шароварное.....	30,29	2,33
2	Полотно.....	12. 72	26,95
	Сукно шинельное	13.81	3,19
3	Бязь	39,55	9 34
	Сукно полугрубое	6,92	9.28

Как видно из примера № I, бумазея н сукно шароварное обладают равнозначащими «коэфициентами Рубнера», между тем их абсолютная воздухопроницаемость значительно отличается друг от друга: через бумазею в одну секунду проходит воздуха почти в 2 раза больше, нежели через шароварное сукно. Еще более резко выступает эта разница **в** примере № 2, где воздухопроницаемость полотна в 8,4 раза больше воздухопроницаемости шинельного сукна. В примере № 3 представлены ткани, имеющие совершенно отличные «коэфициенты Рубнера», ио проходимость этих тканей для воздуха абсолютно одинакова.

При расчете коэфициентов 'воздухопроницаемости по методу Рубнера и его модификациям невозможно установить существующих зависимостей между изменением воздухопроницаемости и давлением (разрежением), создающимся под тканью. Иными словами, не удается проследить динамику процесса изменений воздухопроницаемости при различных вариантах давления под тканью. Понятна поэтому рекомендация Рубнера: «вместе с коэфициентом желательно указывать и применявшуюся величину давления» [г].

[1] Материалы использованы из статьи Колесникова Я- В.. Свойства и гггне-»жческая оценка тканей краснофлотского обмундирования. Труды Военно-морской медицинской академии, т. I, 1941. Пересчеты наши.

• Цнт. по К о с т я м и и у Н. Н., Способы исследования тканей одежды с точки зрения гигиены (1909).

В опытах Рубнера при построении им своей методики не была подтверждена какая-либо закономерная зависимость между воздухопроницаемостью тканей и их толщиной. Так, например, при давлении под тканью в 0,25 мм водяного столба через один слой фланели в 5 минут проходит 0,665 л воздуха, через два слоя — 0,658 л, а через три—только 0,625 л. Рубнер настаивал на том, чтобы при расчете его коэфициента толщина ткани приводилась к 1 ом. Совершенно очевидно, что правильнее было бы определять воздухопроницаемость тканей при их естественной толщине, так как для изготовления обычной одежды ткани толщиной в 1 см не применяются.

Трудно, пользуясь 'методикой Рубнера или ее .модификациями, определять воздухопроницаемость тканей, обладающих очень большим или весьма малым размером пор, т. е. тканей большой или малой воздухопроницаемости (шелк, трикотаж, замша и др.). Исследуя такие ткани, невозможно создать давление, равное 0,42 мм водяного столба. Ткани с большой воздухопроницаемостью Рубнер и его сотрудники изучали, складывая их в несколько слоев. Однако полученные при таком приеме определения воздухопроницаемости результаты не могут быть рассчи-

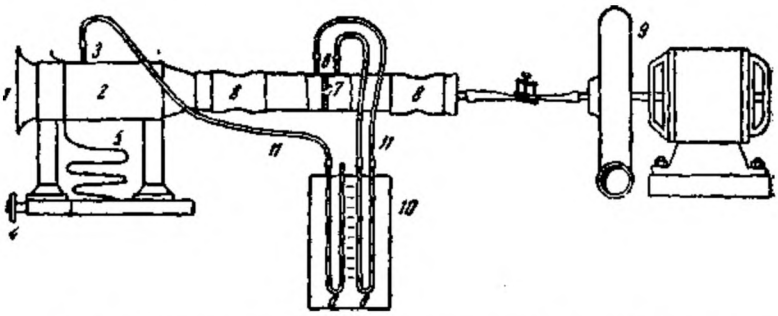


Рис. 1. Установка для определения воздухопроницаемости тканей

Г — клллектор; *2* — патрубок: *3* — шгуцер «л- иэмя енч« даал-нч» поа тканью: *4* — яинт лля зажима тка-н: 5—ткань; *6* — штуцнры *ля»* нтмереняк аялеиня я иЭмерит^льиоЛ шайбе: 7 — патоуЛок с измерительно и ша.'бпй; *в* — какчуклвме соединитель-ые муфты; э — воздуходувка; *>0* —микромам..и.тры; *Ц — резино ые* Трубки *к* манометру

таны по отношению к одному слою ткани простым арифметическим делением. Когда ткани складываются в несколько слоев, нельзя получить полного совпадения пор одного слоя с порами другого; при этом создаются весьма искусственные условия, резко отличающиеся от тех, которые наблюдаются при прохождении воздуха через один слой ткани.

'Методика Рубнера и ее модификации не позволяют исследовать ткани и одежду без нарушения их целости вследствие того, что для каждого опыта необходимо вырезать кружочки тканей. Это обстоятельство исключает возможность определения воздухопроницаемости одежды после различных сроков ее носки и ограничивает проведение широкого исследования тканей на их воздухопроницаемость.

В целях устранения охарактеризованных недостатков методики Рубнера и ее модификаций нами сконструирован и испытан в ряде опытов новый прибор для определения воздухопроницаемости тканей (рис. 1).

Прибор представляет собой подобие небольшой аэродинамической трубы, состоящей из следующих частей: коллектора *(1)* и патрубка *(2),* между которыми винтом *(4)* зажимается образец исследуемой ткани или же предмет обмундирования. Соединительной каучуковой муфтой *(8)* система связывается с другим патрубком *(7),* в который вмонтирована калиброванная измерительная шайба. С ее помощью учитывается расход воздуха, просасываемого воздуходувкой *(9)* через исследуемую ткань. На патрубках имеются штуцеры, ют которых отходят **к** двум микроманометрам *(10)* каучуковые трубки *(11).* Штуцер *(3)*

связывает патрубок *(2)* с микроманометром *(а)*. Назначение микроманометра *(а)*—учитывать давление, создающееся под тканью во время опыта. Два штуцера *(б)* связывают мерную шайбу с микроманометром *(б)*, который регистрирует фактический расход воздуха в процессе опыта *. На рис. 2 изображены: а) градуировочная кривая измерительной шайбы и б) численные абсолютные значения, определяющие расход воздуха в литрах в одну минуту, в зависимости от показаний микроманометра. Эти значения получены по газовому мернику 2-го разряда в аэрогидрометрической лаборатории Всесоюзного научно-исследовательского института 'метрологии в Ленинграде. Для изучения воздухопроницаемости нашим прибором нет необходимости пользоваться газовыми часами и секундомером.

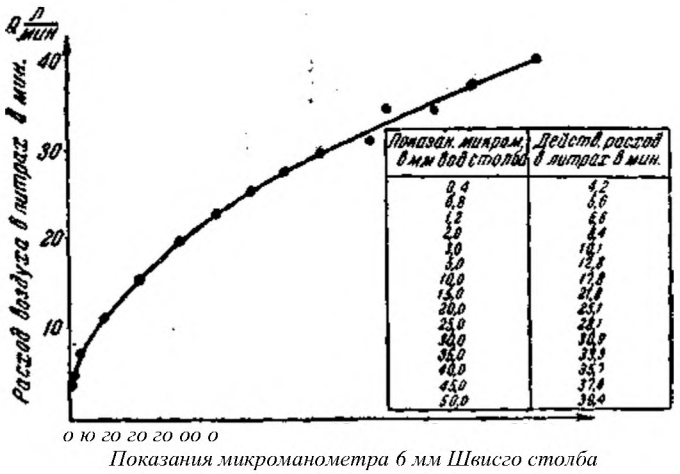


Рис. 2. Градуировочная кривая измерительной шайбы прибора для определения воздухопроницаемссчи тканей

Определение воздухопроницаемости изучаемого объекта (ткани или одежды) производится следующим образом. Зажав образец исследуемой ткани между коллектором и первым патрубком, включают воздуходувку. Регулируют скорость движения воздуха в приборе таким образом, чтобы под тканью давление (разрежение) постепенно повышалось от 0,1 мм до десятков миллиметров водяного столба по микроманометру *(а)*.

Одновременно с замером давления под тканью отмечают показания микроманометра *(б)*, связанного с измерительной шайбой. Таким образом, во время опыта достаточно записать показания обоих микроманометров: микроманометра *(а)*, определяющего давление под тканью, и микроманометра *(б)*, регистрирующего количество воздуха, прошедшего через ткань. На основании полученных значений строится график зависимости воздухопроницаемости от давления под тканью (рис. 3).

В наших исследованиях воздухопроницаемость тканей обозначает количество воздуха в кубических метрах, проходящее через поверхность в 1 м^2 ткани в течение одного часа.

Зависимость воздухопроницаемости от создающегося под тканью давления выражается следующей формулой[2]:

= ЙЙ',

* Теоретические основания для расчета шайбы см. в статье Гембаржевского М. Я.. Исследование потока в трубе за коллектором и шайбой, Труды ЦАГИ, в. 211, 1935. "

[4] Инж. Рекк Е. В., Сравнительная оценка тканей, .применяющихся для очистки воздуха от пыли в вентиляционных фильтрах, Отопление и вентиляция, № 4, 1934.

где <2 — воздухопроницаемость исследуемой ткани в м*/м* час,

й — давление под тканью в миллиметрах водяного столба,

а и *п* — постоянные величины, зависящие от вида ткани, они вычисляются в результате обработки экспериментальных данных из построенного графика (рис. 3).

На рис. 3 представлены результаты определения воздухопроницаемости трех видов тканей (сукна кнтельного синего, сукна шинельного маренго и габардина черного брючного), в зависимости от изменения давления под указанными тканями (от 0 до 40 мм). Как видно из графического изображения (кривые I, 2 и 3), эту зависимость можно считать линейной. Таким образом, показатель степени *п* >в формуле $Q = ah$ равен для данных тканей единице[1]. Полученные эксперимен-

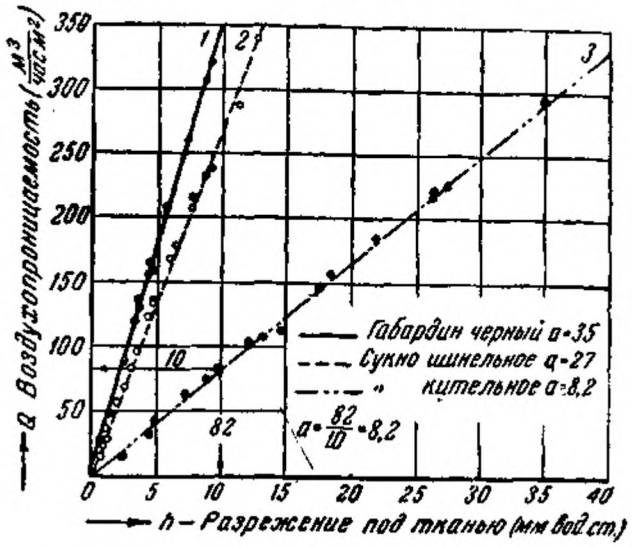


Рис. 3. За веси месть в злехопроницаемости от разрежения год тканью

тально для этих тканей зависимости в виде прямой линии можно выразить формулой:

$$O = aH.$$

Эта формула представляет собой уравнение .прямой линии, проходящей через начало координат.

Величина *а,* характеризующая особенности изучаемых тканей, является угла, образуемого линией воздухопроницаемости и осью абсцисс.

іщ угла равен отношению О

Для сукна кительнопо *а* = 8,2, для сукна шинельного *а* — 27,0, а для габардина черного а= 35,0.

По своему физическому смыслу величина *а* представляет собой количество воздуха (в м³), проходящее через 1 м! ткани в 1 час, отнесенное к I мм водяного столба при перепаде давления до ткани и после нее в I мм.

Достаточно для тканей подобным испытанием получить величину *а,* чтобы легко было для всех значений давления под тканью Л определять ее воздухопроницаемость и наоборот.

Величину *а* целесообразно назвать коэф и ц и ен том воздухопроницаемости ткани.

[1] Зелл установил, что с уменьшением плотности тканей величина *п* возрастает, величина *а* уменьшается (КаисН ипд 3(аиЬ, № 2 и 3, 1929).

Выводы

Рекомендуемый метод определения воздухопроницаемости:

1) позволяет, в отличие от методики Рубнера и ее различных модификаций, определять в достаточно большом диапазоне зависимость воздухопроницаемости тканей от создающегося под ними давления, т. е. устанавливать динамику процесса изменения воздухопроницаемости тканей (одежды) при различных вариантах давления (разрежения) ;

2) исключает возможность получения случайных данных, так как для .вычисления коэфициента воздухопроницаемости берется не одна (часто случайная) точка разрежения, а строится график минимум из 10—12 вариантов давления. Коэфициент рассчитывается по тангенсу образовавшегося угла (между линией воздухопроницаемости и осью абсцисс), что тоже исключает элемент случайности;

3) допускает возможность определять воздухопроницаемость любых тканей, независимо от их толщины и величины воздухопроницаемости, в любом участке готового обмундирования или даже в целом куске ткани без порчи исследуемых объектов;

4) исключает необходимость пользоваться секундомерам и газовыми часами, обращение с которыми, как известно, часто ведет к большим ошибкам, в особенности при исследовании тканей большой или малой воздухопроницаемости;

5) позволяет, ,в отличие от существующих способов, обследовать **в** короткие сроки большое количество участков исследуемых тканей и обмундирования и является простым и точным.

Все это дает основание рекомендовать его как стандартный способ определения воздухопроницаемости тканей и одежды для СЭЛ флотов л баз.

★

А. Д. САЙКОВ

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПАРТИЗАНСКОГО ВРАЧА[1]

В годы Великой отечественной войны советские люди, оставшиеся, на территории районов, временно оккупированных врагом, отвечали на нашествие фашистских варваров всенародной партизанской войной. Особенно широкие -размеры эта война начала принимать после призыва товарища Сталина, который 3 июля 1941 г. сказал: «В занятых врагом районах нужно создавать партизанские отряды, конные и пешие, создавать диверсионные группы для борьбы с частями вражеской армии, для разжигания 'партизанской войны всюду и везде, для взрыва мостов, дорог, порчи телефонной и телеграфной связи, поджога лесов, складов,, обозов. В захваченных районах создавать невыносимые условия для врага и всех его пособников, преследовать и уничтожать их на каждом шагу, срывать все их мероприятия».

Своими ночными набегами, уничтожением железнодорожных путей и эшелонов, минируя главные магистрали, по которым двигались немецкие обозы, партизаны ни одной минуты не давали врагу передышки. О то-м, что советские люди во временно оккупированных районах точно выполняли сталинский призыв, свидетельствует и поведение врата. Враг бросал против партизан авиацию, танки, артиллерию, карательные дивизии, пытался вести бактериологическую войну, забрасывая в партизанские районы сотни людей, зараженных сыпным тифом.

Не случайно немецкие палачи издали приказ о том, чтобы захваченных партизан не расстреливать, а вешать. Это лишний раз подтверждает, какую громадную опасность представляли партизанские отряды и соединения для немецких войск, какой ужас они им внушали.

Врачам партизанских отрядов в этой обстановке пришлось организовывать медицинскую помощь раненым партизанам, спасать их от смерти, возвращать в строй, эвакуировать на «Большую землю».

Первая особенность работы партизанского врача—это отсутствие организованного тыла. Если регулярная Красная Армия имела тыл, куда можно было эвакуировать раненых, то у партизан его не было. Партизанский тыл — болота, продовольственные базы — постоянно подвергался нападениям врага.

Немцы во время крупных экспедиций прочесывали лес и болота. Вследствие этого базы должны были быть готовыми в любое время сняться с -места и перейти на новое. Высокая маневренность, подвижность были стилем работы партизан. Такой же подвижностью должна была обладать и медицинская служба партизанских отрядов. Землянки для раненых рыли не в одном месте, а в 5—6 точках. И когда надвигалась опасность в одном месте, раненых переносили в другое. Приходилось разбирать и увозить дома из деревень целиком и собирать их в глухих заболоченных местах, тщательно замаскировав.

Второй особенностью партизанской медико-санитарной службы было отсутствие санитарного транспорта. Если Красная Армия имела спеии-

* Редакция приглашает врачей, работавших в партизанских отрядах, поделиться своим опытом на страницах журнале.

альный санитарный или приспособленный транспорт, то у партизан для эвакуации раненых, как правило, служили крестьянские повозки. К сожалению, и их не везде можно было использовать. В болотистых местах их чаще всего приходилось бросать и раненых нести на самодельных носилках.

Третья особенность деятельности партизанского врача — это большой объем хирургической работы. В чрезвычайно трудных условиях в партизанских отрядах производилась хирургическая обработка ран, иссечение, рассечение, удаление инородных тел, перевязка сосудоз, ампутации конечностей. Раненных в живот необходимо было оперировать на месте. И врачи отрядов делали и эти операции.

Я работал в 1-й антифашистской партизанской бригаде в Белоруссии. В Утенком районе мне пришлось одному партизану делать ушивание желудка и кишечника после пулевого ранения в живот, другому— лапаротомию с тампонадой печени сальником и ушиванием диафрагмы. Обе эти операции проходили в крайне неблагоприятных условиях, в землянке, наспех оборудованной под операционную, при сильном обстреле из минометов и бомбардировке с воздуха. Тем не менее операции прошли хорошо, и оба раненых через 3 недели были на самолете эвакуированы на «Большую землю».

На основании сделанных -мной 230 операций, в том числе 2 полостных, я пришел к убеждению, что отказываться от крупных оперативных вмешательств в партизанских условиях нельзя, особенно ® случаях, когда имеются жизненные показания.

Привлекало внимание, что -все раненые партизаны в послеоперационном периоде показывали чрезвычайную выносливость, значительно превышавшую выносливость человека в нормальных условиях. Вероятно, в этом случае имело большое значение психическое состояние партизан, их высокие волевые качества. Например, при обходах раненые почти не жаловались на боли. Морфина, несмотря на то, что его у нас было достаточно, -мы почти не применяли. Наркотические вещества давали только перед операцией и при больших переходах по заболоченным местам, да и то по инициативе -врача, а не раненого.

Лучшим 1методом обезболивания при хирургических операциях в партизанских условиях является спинномозговая анестезия. В числе 232 крупных операций, проделанных мной за год, 84 падают на ампутации нижних конечностей, чаще всего по поводу полного раздробления стопы и нижней трети голени. Во всех этих случаях я применил спинномозговую анестезию 5о1. почосаЫ 5Р/& (2—3 г) и считаю ее самой удобной.

Этот вид анестезин удобен потому, что не требует наркотизатора, необходимый инструментарий и -медикаменты легки и имеют малый объем (2—3 коробок ампул с новокаином хватает на несколько десятков операций). И при всем том спинномозговая анестезия дает полное обезболивание. Не было случая, чтобы раненые при операциях, даже таких, как экзартикуляцня бедра, жаловались на боли. Правда, иногда (в 15 случаях) спинномозговая анестезия осложнялась головными болями в послеоперационном периоде, но это явление легко снимала инъекция 1—2 см[8] морфина. Хирургу партизанского отряда приходилось много работать над тем, чтобы сделать операционную максимально портативной — так, чтобы один партизан смог бы унести на себе всю операционную, т. е. -весь инструментарий и все необходимые для операции медикаменты, так как в партизанских отрядах каждый человек на учете.

Вторым по важности моментом в работе партизанского врача была борьба с инфекционными заболеваниями, в частности, с сыпным тифом.

Злоба немцев -против партизан доходила до того, что они за-брасывали в наши партизанские районы десятки и согни мирных жителей,

зараженных сыпным тифом. О том, каких размеров в таких случаях, достигала эпидемия сыпного тифа среди мирного населения, говорит пример деревни Уборок Бегомельского района Витебской области, в которой переболели сыпным тифом поголовно все жители. Поэтому партизанскому врачу постоянно приходилось быть начеку и неустанно бороться со вшивостью как среди партизан, так и среди мирных жителей.

Врачу партизанского отряда приходилось обращать серьезное внимание на взаимоотношения с бойцами и командирами. Партизан, находясь в глубоком тылу у врага, оторванный от «Большой земли» линией фронта, беспокоится о своей судьбе в случае тяжелого ранения. Он не боится смерти, храбро идет на опаснейшие поручения, но перспектива возможности тяжелого ранения его смущает. Это и понятно: у партизан нет тыла, куда бы можно было эвакуировать раненого. Каждый раненый партизан смотрит на своего врача, как на спасителя, он свято верит в него, в его умение проделать сложную операцию на месте в любых условиях. И этой веры партизана врач ни в коем случае не должен поколебать. Поэтому от партизанского врача требуется огромная изобретательность, упорство и настойчивость в достижении своей цели.

Вот в кратких чертах те особенности работы партизанского врача, с которыми -пришлось столкнуться советскому хирургу во время Великой отечественной войны. Хотелось бы, чтобы врачи партизанских отрядов Украины, Белоруссии, Ленинградской области поделились на страницах печати своим опытом и своими замечаниями.

Капитан мед. службы В. М. СУХАРЕВ

НОСИЛКИ И СТОЛ ДЛЯ САНИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ ТЯЖЕЛО РАНЕНЫХ

Для того чтобы облегчить санитарную обработку тяжело раненых н не подвергать их при этом новой травматизации, я предлагаю полот-

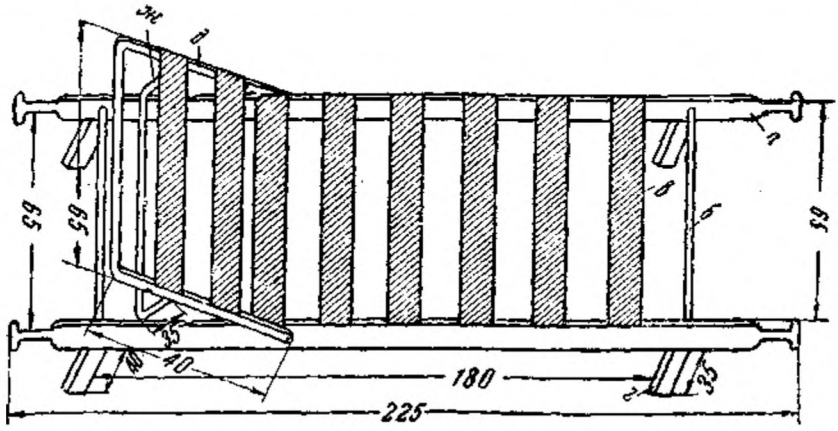


Рис. 1. Нсснлкн для санитарией сбработкн тяжело раненых

нище 0 обычных носилках заменить тесьмой или лентой из хлопчатобумажной или любой другой ткани шириной в 5—5,5 см. В отличие от санитарных носилок, поперечные планки делаются из дерева. Размеры

планки: длина 70 см, ширина 5,5 см, толщина 2,5—3 см. Тесьму тугонатягивают на брусья так, чтобы между отдельными полосами ее оставался просвет в 15—18 см. Устройство носилок видно из рис. 1.

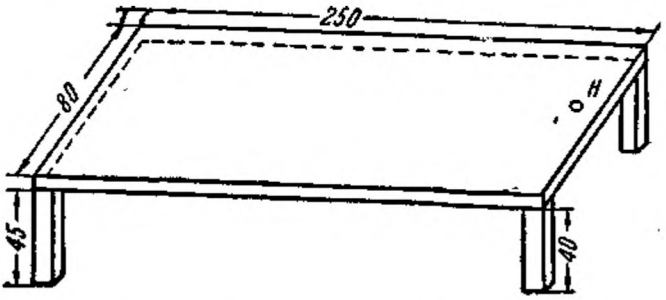


Рис. 2. Стол для санитарной обработки тяжело раненых

Практически наиболее выгодно использовать носилки вместе со специальным столом. Устройство стола видно из рис. 2. Для мытья раненого носилки вместе с ним ставят на этот стол.

Как носилки, так и стол легко сделать своими силами из подручных материалов.

Подполковник мед. службы А. С. КАПЛАН

н маРог мед. службы П. Ф. ПОДХВАТЕДЬНЕВ

СЕРОЛОГИЧЕСКАЯ И АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ У ЛЮДЕЙ В БРУЦЕЛЛЕЗНОМ ХОЗЯЙСТВЕ

С 1938 г. сельскохозяйственный отдел Тихоокеанского флота (ТОФ) организовал молочно-товарную ферму, в которую был собран крупный рогатый скот, пораженный бруцеллезом. Отбор бруцеллезного скота из других хозяйств производился на основании исследования сыворотки крови — реакции связывания комплемента и реакции Райта. Всего было отобрано около 300 голов крупного рогатого скота. В дальнейшем стадо пополнялось больными животными из других хозяйств флота.

Совхоз имел 3 хутора, находящихся на расстоянии 8 км друг от друга. На двух хуторах находился взрослый рогатый скот, пораженный бруцеллезом (на одном из хуторов — скот с отрицательной реакцией Райта), .на третьем хуторе — молодняк. Скот первого и второго хуторов пасли на одном лугу.

Для выявления пораженности скота бруцеллезом ветеринарная лаборатория ТОФ проводила ежегодно исследования сыворотки животных на реакцию отклонения комплемента и реакцию Райта. Обследование скота в 1945 г. показало, что реакция отклонения комплемента была положительной во всех случаях, реакция Райта положительной в титре от 1 : 100 и выше была в 59% случаев, а в титре от 1 : 25— в 70% случаев. За 1945. г. в этом хозяйстве на 54 отела в 3 случаях были отменены патологические роды и в 4 — аборт.

Население хуторов состояло из рабочих и служащих совхоза и членов их семей. За время существования совхоза состав населения менялся. Однако значительная часть работала в совхозе в течение нескольких лет.

Молоко, собранное после доения, обязательно пастеризовали на водяной бане, только после этого оно шло на переработку или поступало потребителям.

Людей, работавший и проживавших в этом совхозе, мы ежегодно, начиная с 1941 г., обследовали на бруцеллез, ставя реакции Ранта и Бюрне (антигены ВИЭМ и Томского института). Реакция Райта считалась положительной в том случае, когда титр ее был не менее 1 •. 100. Реакция Бюрне производилась путем введения 0,1 см^3 бруцеллина (мелитина) в кожу передней поверхности левого предплечья; в качестве контроля применялся бульон, полученный также из ВИЭМ и Томского института. Результаты регистрировали через 12—18—24 и 36 часов. Силу реакции Бюрне определяли на основании размера красноты и отека на 'месте инъекции. Реакцию считали положительной лишь в случае появления красноты и отека на пространстве более 9 ом^2, слабо положительной — при площади красноты и отека от 6 до 9 см^2.

В 1942 г. было обследовано 89, в 1944 г. — 98 и в 1945 г. — 66 человек. Из 233 обследованных положительно реагировали на реакцию Бюрне 38 человек (16%). При повторных исследованиях в 1944—1945 гг. тех же людей положительно реагировало 20 человек. В 1942 г. обследовано 66 человек, у 6 из них реакции Райта и Бюрне были положительные, а положительно реагирующих только на реакцию Бюрне было 10 человек (15%).

Из 89 обследованных в 1942 г. на реакцию Бюрне положительно реагировали 12 человек (14%). Обследование в 1944 г. выявило, что из 98 человек 15 (15%) реагировали положительно на реакцию Бюрне, положительные реакции Райта и Бюрне были у 7 из 46 обследованных (15%).

При обследовании 66 человек, произведенном в 1945 г., у 18 человек были выявлены положительные реакции и Райта, н Бюрне (27%) и у 2 была положительной только реакция Бюрне. Степень реакции Райта представляется в таком виде: положительно реагировали на нее 30 человек, в том числе 10 человек дали титр 1 : 100—1 : 200, 8 человек — 1 : 400 и 12 человек — 1 :800—1 : 1 600.

Из 47 человек, давших положительную реакцию Бюрне, 12 имели ■слабо положительную реакцию, т. е. площадь ,красноты и припухлости не превышала 9 см^2.

Распределение положительно реагировавших в 1945 г. на реакцию Бюрне и реакцию Райта по половому признаку представлено в табл. I.

Таблица 1

Категории обследованных	Количество обследованных	Положительная реакция Райта	Положительная реакция Бюрне	Положительно реагирующих (в %)
Мужчины	12	3	5	42
Женщины.....	54	15	15	28

Таблица 2

Возраст	Количество обследованных	Положительная реакция Райта	Положительная реакция бю,не	Положительно реагирующих (в %)
От 10 до 20 лет	9	2	2	22
От 21 года до 40 лет .	44	11	12	27
Старше 40 лет	13	5	5	46

Возраст обследованных в 1945 г. представлен в табл. 2, из которой* видно, что среди положительно реагирующих преобладают люди старше 40 лет.

Если распределить лиц, обследованных в 1945 г,, по стажу работы, а также длительности проживания в совхозе, то, как видно из табл. 3, процент лиц, реагирующих положительно, значительно больше среди людей, работавших в совхозе более длительное время.

Т аблица 3

Стаж работы	Количество обследованных	Положительная реакция Райта	Положительная реакция Бюрне	Положительно реагирующих (в •»/<>)
Менее года	2	0	0	0
От 1 года до 4 лет . .	41	6	6	15
Свыше 4 лет.....	23	12	14	61

Распределение обследованных в 1945 г. по профессиональному признаку представлено в табл. 4.

Таблица' 4

Род занятий	Количество обследованных	Положительная реакция Райта	Положительная реакция Бюрне	Положительно реагирующих (в %)
Скотницы	6	3	3	50
Доярки	10	6	6	60
Пастухи.....	4	1	1	25
Ветеринарный персонал	4	2	2	50
Работники молочной кухни	2	0	0	0
Конюхи	3	1	1	33
Подсобные рабочие . .	12	2	4	33
Полевые рабочие . . .	10	I	1	10
Служащие.....	10	1	1	10
Члены семей.....	5	1	1	20
Всего ...	66	18	20	30 (в среднем)

Из табл. 4 видно, что положительная реакция отмечена у 30%' обследованных, причем наибольший процент положительных реакций Бюрне и Райта дала группа лиц, имевших непосредственный контакт с зараженными животными: скотницы, доярки, ветеринарный персонал. Положительная реакция, наблюдавшаяся среди группы лиц, не соприкасавшихся с зараженным скотом (полевые рабочие, служащие, члены семей и т. д.), явилась, по всей вероятности, следствием потребления в пищу недостаточно стерилизованных молочных продуктов и соприкосновения членов семей с рабочей одеждой работающих в совхозе.

Почти во всех случаях реагировавшие положительно на реакцию Бюрне (62 из 66) отмечали периодические боли в суставах. У некоторых временами повышалась температура, а 5 человек долго лечились, **в** больнице по поводу бруцеллеза.

Выводы

1. Среди людей, соприкасающихся с бруцеллезным рогатым скотом, отмечается значительный процент (до 30) положительно реагирующих на реакции Райта и Бюрне.

2. Наиболее пораженной оказалась группа лиц, имевших непосредственный контакт с зараженными животными — доярки, пастухи, ветеринарный персонал (до 60% положительных реакций).

3. Реакция Бюрне и реакция Райта являются чувствительным методом диагностики бруцеллеза у людей. Положительная реакция при отсутствии клинических проявлений болезни все же свидетельствует о скрытом характере заболевания (латентная инфекция).

4. Заражение бруцеллезом людей в данном совхозе диктует необходимость строгого выполнения профилактических и лечебных мероприятий в бруцеллезных хозяйствах.

РЕФЕРАТЫ

Генерал-майор мед. службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ

и кандидат мед. наук В. И. ВАШКОВ

О ТОКСИЧЕСКИХ СВОЙСТВАХ ДДТ

Изучение токсических свойств препарата ДДТ (весьма актуально © связи с тем. что этот препарат как исключительно хороший инсектицид широко применяется в эггидемиадстин и сельском хозяйстве. Не удивительно (Поэтому, что этот вопрос является объектом тщательного изучения в ряде стран и особенно в СССР, Америке. Англии и Швейцарии.

Инсектицидные свойства ДДТ исключительно велики — этот препарат превосходит все известные до сих пор средства дезинсекции. А. 3. Анфельд (Штаб Военно-медицинского департамента американской армии) считает, например, что открытие ДДТ произвело такую же революцию в области эпидемиологии, как открытие Листера в хирургии. Одновременно ДДТ при определенных условиях обладает и высокотокси чески мн свойствами для теплокровных животных. Поэтому понятно, что большинство исследований, касающихся изучения токсических свойств ДДТ, направлено к тому, чтобы примирить указанное противоречие, найти такие формы я методы применения аппарата, которые^ обеспечивая сохранение им высокой инсектицндности, одновременно возможно более снизили опасность отравлений человека и теплокровных животных.

ДДТ представляет собой соединение достаточно прочной химической структуры, вследствие чего его химическая активность выражена слабо. Препарат почти не растворяется в воде, даже при температуре ее кипения. Однако воздействие щелочей (спиртовые щелочи) приводит к быстрому отщеплению от ДДТ молекулы НС1, после чего препарат теряет присущие ему свойства. Это дает основание предположить, что высокие инсектицидные свойства препарата и его токсичность связаны с присутствием группы СНСС1з, которая разрушается при действии щелочей. Косвенным подтеерждением этому может служить также и то, что явления отравления, вызываемые ДДТ. в значительной степени совпадают с картиной отравления €€Б (четыреххлористым углеродом), соединением, основу которого составляет то же соединение углерода, где группа метана заменена дополнительным атомом хлора.

Для насекомых ДДТ является контактным ядом, гибель насекомых наступает раньше или позже даже после кратковременного, но непосредственного контакта с ним. Механизм этого действия ДДТ иа насекомых еще ле достаточно изучен. Повмдимому, основную роль играет проникновение яда ® пищеварительную систему насекомых при применении порошкообразных препаратов, содержащих ДДТ, и проникновение через наружные покровы — при применении растворов и эмульсий ДДТ в органических растворителях и жирах.

В организм теплокровных животных и человека ДДТ может проникать различными путями: через пищеварительный тракт —с пищей, содержащей ДДТ, через дыхательные органы — с воздухом, содержащим ДДТ во взвешенном состоянии в виде дустов (порошков, пыли) или аэрозолей, через кожу при нанесеиии препарата на кожу в смеси с веществами, облегчающими легкое и быстрое проникновение препарата вглубь кожи и в ее лимфатические пути. Токсический эффект в каждом из этих случаев может быть различным при одной и той же дозе вещества. Разумеется, величина дозы все же определяет исход отравления, имеют значение также 'методы введения и состояние, в котором ДДТ находится в составе примененного препарата.

Выяснению перечисленных вопросов посвящено значительное количество работ, опубликованных в медицинской н химической прессе.

Клинические наблюдения над животными, подвергнутыми действию ДДТ, в соответствии с данными ряда авторов, позволяют составить следующее общее представление о течении отравления.

При отравлении животных большими дозами ДДТ, вводимыми одновременно, первые признаки отравления появляются через 12—24 часа. Животное холодно на-ощупь (Г. Камерон н Ф. Бургес), шерсть у него взъерошена, иногда наблюдается понос. Животное очень восприимчиво к различным раздражениям, нервно. Постепенно нарастает мышечная слабость, вначале выраженная в мускулатуре спины, затем распространяющаяся на задние конечности. В этих областях появляется мелкий, постепенно усиливающийся тремор, животное беспрестанно трясется. Движения его за-

трудняются, становятся нервными, спастическими. Передние конечности чаще остаются незатронутыми, и с помощью их животное поддерживает свое тело и может лаже несколько протащить вперед заднюю неподвижную часть его.

Смерть наступает на вторьЛ-третьи сутки при явлениях паралича дыхания.

Тщательные поиски очагов поражения в нервной ткани не дали положительных находок, хотя клиническое течение отравлений указывает на ведущую роль в развитии болезненного симптомокомплекса именно нервной системы. При острых отравлениях обнаружены сравнительно незначительные изменения в печени, почках; поражения некоторых клеток передних рогов спинного мозга выражены неясно.

При введении животным повторно субтоксичесюих доз ДДТ описанные выше явления развиваются медленнее, постепеннее. Нервные явления при средних дозах вещества могут то появляться, то исчезать. Однако обостренная восприимчивость к звукам и другим раздражениям такова же. как н при острых отравлениях. Смерть чаще всего наступает при явлениях сильного истощения животных. Патологические изменения в случаях хронического отравления выражены значительно резче, чем в случаях острых. Поражения нервной ткани, как и в предыдущем случае, незначительны. Камерон и Бургес так описывают патологическую картину, наблюдаемую при вскрытии погибших животных.

«Печень очень сильно поражена, имеются многочисленные некротические поверхностные очаги и большие участки центролоб ударного некроза..., жнрозое перерождение клеток печени, окружающих некротические очаги. В ранней стадии некроза наблюдается инфильтрация полнпуклеарами, позднее отмечается большое количество монон у к леа ров. Гибель животного объясняется высокой степенью поражения печени. Почки также поражены, но сравнительно незначительно. Их трубчатые клетки дегенеративно изменены, происходит отложение жира и кальцификация. Мышечные волокна сердца иногда претерпевают незначительную или умеренную жировую дегенерацию.

В крови отравленных наблюдается умеренный лейкоцитоз с увеличением процента гетерофилов. При увеличении гетерофилов до 60% прогноз обычно неблагоприятен».

Вац. Перейра и другие наблюдали снижение уровня кальция в крови отравленных животных и связывают с этом неврологические явления, наблюдаемые при отравлениях. Они предлагают для лечения отравленных ДДТ внутривенные введения глюконата кальция.

А. Действие ДДТ при введении через пищеварительный тракт

Отдел физиологии Национального института здравоохранения США под руководством фармаколога М. И. Смита поставил ряд опытов с введением животным различных количеств ДДТ. Им же проведено гистологическое изучение патологических изменений в органах погибших животных. Ввиду нерастворимости ДДТ в воде авторы описываемых исследований делали раствор препарата о прованском масле или взвесь в водном растворе гумми-ардбика и вводили их *в* желудок животных с помощью зонда. Взвесь оказалась мало токсичной и действие ее «проявлялось непостоянно н мало». Поэтому основные опыты были поставлены с раствором ДДТ в прованском масле. Доза ДДТ, вызывающая гибель 50,%животных, -подвергнутых кормлению I—5% раствором ДДТ в прованском масле, определена для крыс в 150 мг на 1 кг веса и для кроликов — в 300 мг на I кг веса. Две кошки, получившие ДДТ по 100 и 200 мг на 1 кг веса, выжили. Одна кошка, получившая ДДТ также 5 количестве 200 мг на 1 кг веса, погибла. Из 8 кошек, получивших по 300 мг ДДТ на 1 кг веса, погибло 5. У кошек наблюдались мелкие и грубые мышечные судороги, особенно в мышцах головы и шеи, длившиеся в течение нескольких дней после однократного введения препарата в масляном растворе.

Десять крыс, средним весом по 80 г каждая, получавшие ежедневно пол ус патетический корм, содержавший белок о виде 18% примеси казеина и ДДТ в количестве 0,1,%, -погибли через 18—80 дней. Другие крысы, получавшие в течение 3 месяцев ежедневно такую же пищу, но с примесью 0,05% ДДТ, остались живыми. У них наблюдались задержка роста и явления слабого тремора и гипервозбуднмости.

Ежедневное введение кроликам в оливковом масле 50 мг ДДТ нт 1 кг веса вызывало их гибель в срок между 15 и 23 днями. При этом общее количество ДДТ, полученное каждым кроликом за время опыта, составило от 0,75 до 1,25 г на 1 кг веса.

У этой группы кроликов при жизни патологические явления со стороны нервной системы были выражены мало, но при посмертном вскрытии у них была обнаружена паренхиматозная дегенерация печени с цевтролобулирным некрозом. Эти изменения в лечени оказались наиболее выраженными патологическими последствиями длительного кормления животных ДДТ.

Две кошки, получавшие ежедневно или через 2—3 дня по 50 мг на 1 кг веса ДДТ -в оливковом масле, дали характерную картину отравления и погибли; одна — на 12-й день кормления, после того как общее количество поглощенного ею ДДТ достигло 500 мг на 1 кг веса, вторая—на 15-й день после поглощения 300 мг на 1 кг веса. Третья кошка, получившая в течение 10 дней *4* шорц-ин ДДТ по 90 мг «а 1 кг веса каждая, погибла при явлениях типичного тремора, атаксии, спастичности, паралича и терминального одеревенения.

Результаты опытов с длительным кормлением кроликов и кошек субтоксическими дозами ДДТ приводят авторов (Смит, Стольман, Лилли, 1944) к предположению о способности ДДТ к кумуляции, приводящей животных к гибели, к о возможности хронического отравления этим. препаратом.

Патологическое изучение органов погибших и убитых животных дало следующие результаты. У одной из кошек был обнаружен тпгроляз внутренних роговых клеток спинного мозга с перицеллюлярной вакуолизацией, у другой — отсутствие течей Ниеля в этих клетках и перицеллюлярная и пар а нуклеарная вакуолизация. У обеих кошек была установлена жировая дегенерация. У одной в печени был найден очаг коагуляционного некроза и в легких — очаг геморрагия, у другой — значительное скопление экссудата в легких. В почках и селезенке патологических изменений найдено не было.

У крыс, получавших ежедневно '/* летальной дозы ДДТ (50 мт на 1 кг веса), обнаруживались следующие изменения: частичный миэлоз н гемосидероз селезенки, набухание, мелкая жировая дегенерация и гиалиновые отложения в почках, центральная жировая дегенерация, воспалительные очаги, участки атрофии и изолированные некротические клетки с фибробластной пролиферацией в печени. В мозгу крыс, убитых через 3¹/»—5'/а часов после введения через рот больших доз ДДТ в масле, найдена вакуоляция некоторых нервных клеток, тигролиз и базофильное сетчатое строение цитоплазмы клеток в области 1егтеп(ит роп11$.

У подопытных кроликов, убитых ранее пятого дня опыта, определялось значительное центролобулярное жировое 'перерождение печени, гемосидероз селезенки и иногда- жировые изменения в почках. У кроликов, длительно получавших ДДТ с пищей (50 мг на 1 кг веса ежедневно), поражения печени оказывались более выраженными, с наличием в ряде случаев некроза и центролобуляриой дегенерации. У них же наблюдалась вакуолизация клеток вокруг больших нейронов мозга. Изменения в остальных органах были несущественны и непостоянны.

Американские исследователи Будхарт. Нельсон и Каль веря (1944), пользуясь той же методикой, как я Смит, т. е. вводя в желудок животным ДДТ в масляной суспензии (растительное масло), определили следующие летальные дозы пресааата для 50*/» подопытных животных: для мышей—448 мг на 1 кг веса, для крыс — 180 мг, для морских свинок —более 552 мг, для кроликов—более 400 мг, для цыплят—более 300 мг на 1 кг веса. Авторы этой работы подчеркивают, что токсический эффект а опытах на животных может быть получен быстрее и легче, если ДДТ вводить через рот в растворах, и труднее и медленнее, если его вводить во взве-С..Х. С другой стороны, эти же авторы отмечают, что для получения токсического эффекта наименьшие дозы ДДТ действительны при введении препарата через рот. При других методах (введение внутримышечно, интракута иго и интраперитонеально) для получения такого же токсического эффекта необходимы значительно более высокие дозы ДДТ.

Авторы в течение различных сроков (от 3 дней до 20 недель) кормили мышей, морских свинок, крыс и цыплят пищей с примесью ДДТ. Им удалось установить, что эта пища токсически действует на животных в том случае, если концентрация ДДТ в пище составляет не менее 500 частей на 1 млн. — для мышей я крыс, 1000 на 1 млн.— для морских свинок и менее 500 на 1 млн.— для цыплят. Отмечено также индивидуальное колебание чувствительности к ДДТ отдельных животных.

Вац, Перейра и Мальхейв (1945),' изучая лечебное действие внутривенных влаваннй раствора хлористого кальция при экспериментальном отравлении животных препаратами ДДТ, установили, что ежедневное пероральное .введение 10% масляного раствора ДДТ собакам в количестве 100 мг на 1 кг веса животного приводило к тому, что через несколько дней у животных появлялись слабые симптомы отравления. ЯСивотные быстро спонтанно поправлялись, если кормление их 'препаратом прекращалось. Если же кормление продолжалось, то с каждым новым приемом препарата явления отравления .выражались все интенсивнее и чувствительность животных к препарату возрастала.

Р, Дсмегьоц из научно-исследовательской ла бота тории в Базеле (1944) првдиел к заключению, что решающим свойством в токсикологии ДДТ является его нерастворимость в воде, вследствие чего его всасывание даже при введении непосредственно в пищеварительный тракт настолько затруднено, что ДДТ можно рассматривать как практически безвредный препарат. Автор с помощью зонда вводил различным животным в пищеварительный тракт ДДТ в виде эмульсия в гумми-арабике и в виде раствора в оливковом масле. Результаты этих опытов приведены в табл. 1.

Таким образом, дозы препарата, необходимые для получения токсического эффекта для различных видов животных, оказались различными. Наименьшую выносливость к эмульсии /ДДТ в гумми-арабике показали кролики, наибольшую — мыши и морские свинки. ДДТ в .растворе в оливковом масле во иного раз токсичнее; для мышей е 9 раз, для крыс в 2 раза.

Первые явления отравления выражались в ненормальной пугливости животных. Животные бурно реагировали на обычные нормальные раздражения. Состояние возбуждения я постоянную готовность к резкой реакции на раздражения автор описывает как моторное беспокойство. В дальнейшем у животных появлялся мелкий и по-

Таблица 1

Токсичность ДДТ при введении через желудочный зонд

Продолжительность наблюдения — 10 дней

Внд животных	Количество животных	Доза, вызывающая смерть 5С% опытных живодных (в г на 1 кг/в мг на одно веса) животное)		Доза препарата, переносимая без явлений отравления (в г на 1 кг веса)
А, Эмульсия **в** г у м м и-а р а б н к				
Мыши.....	5	Около 1,6	Около 32	**0,5**
Крысы	5	. 0,5	. 75	0,25
Морские свинки .		. 2.0	. **100**	1,0-2,0
Кролики	5	» 0,175	. 550	0,1
Б. Д Д Т, р а с т	вор	енный в оливково		М масле
Мыши..... •	5	Около 0,175	Около 3,5	
Крысы	5	, 0,280	. **42**	—

стоя н и ый тремор, усиливавшийся при движениях животных и (попытках принимать пищу. В поздней стадии отравления, особенно у морских свинок и кроликов, автор наблюдал эпилептиформные припадки, клонические и тонические судороги с опистотонусом. ■

Первые явления отравления наблюдались уже через несколько часов после введения препарата. Смерть наступала через 24—48—82 часа. Особенно ядовитыми оказались растворы ■препарата в оливковом масле.

Автор сообщает также о своем «хроническом опыте», когда 40 мышей и крыс ежедневно в течение 70 дней в обычном корме получали по 50 мг на 1 кг веса препарата. Эта пища оказалась безвредной для животных. В течение всего периода наблюдения все животные сохранили свой вес и аппетит. Этот же автор сообщает об опыте, в процессе которого мужчина весом в 74 кг в течение 3 дней 3 раза в день получал по 0,25 чистого препарата в питьевой воде, которую перед употреблением тщательно взбалтывали. Каких-либо изменений в состоянии здоровья этого человека не было отмечено. Вода, содержащая ДДТ во взвешенном состоянии, не приобретает нового вкуса или запаха.

Дрейз привадит некоторые данные о реакции крупных животных на введение ДДТ. Три коровы, три овцы и одна лошадь в течение 3 недель ежедневно получали препарат в дозе от 100 до 200 мг на 1 кг веса. ДДТ давали животным в смеси с обычной пищей или в капсулах, если у животных исчезал аппетит, что обычно наблюдалось. Нм одно из этих животных не погибло. У 2 коров наблюдался тремор задних конечностей и мышц шеи. У других животных не наблюдалось и этого. У одной коровы была обнаружена незначительная жировая дегенерация печени, у другой — незначительный очаговый некроз в печени. Были также отмечены явления атрофии селезенки, ограниченный некроз двигательной мышцы.

В опытах на белых мышах (ЦНИДИ, М., 1945), которым вводили через рот эмульсию ДДТ в крахмальном клейстере, мы получили результаты, показанные в табл. 2.

Таким образам, при этих условиях летальная доза для 50*/ь подопытных животных (01т 50) оказалась равной для белых мышей 1 г ла 1 кг веса или в среднем 15 мг вещества на животное.

В другой серии опытов с введением мышам через рот раствора ДДТ в растительном масле мы получили следующие результаты (табл. 3).

Летальная доза для 50?/» опытных животных в этом случае составила 0,2 г ДДТ па 1 кг веса животного, или в среднем 3 мг на животное. Токсичность ДДТ в этих условиях превышает токсичность ДДТ в крахмальной смеси в 5 раз.

Морские свинки, получившие через рог эмульсию ДДТ в крахмальном клейстере, в наших опытах погибали в 50% при явлениях нарастающего тремора после введения 2 г ДДТ ла 1 кг веса животного.

В нашем опыте кошка получала ДДТ с обычной пищей 9 раз в течение 15 дней. Каждый раз животное получало 50 мг чистого вещества па 1 кг веса. На 18-е сутки животное погибло при явлениях нарастающего тремора, особенно в течение последних трех дней жизни. За время опыта животное потеряло в весе 500 г.

Таблица 2

Токсичность ДДТ при введении через рот мышам эмульсии в крахмальном клейстере

Продолжительность наблюдения—6 суток

Доза чистого ДДТ (в г на 1 кг веса)	Количество животных	Погибло в течение первых суток	Погибло в течение вторых суток	Выжило (в %)
0,1	10	—	—	100.0
0,2	10	—	—	100,0
0,3	10	—	—	100,0
0.4	20		—	160,0
0,5	30	—	1	96,7
0,6	20	2	1	85,0
0,7	20	3	—	85,0
0,8	40	8 .	4	70,0
0,9	40	7	6	70,0
1,0	50	17	5	?6,0
1>1	30	14	0	37,0
1,2	30	17	8	15,0
1,3	30	20	5	15.0
1,4	30	15	2	43,0
1.5	30	19	3	27,0
Контроль . . .	50	—	—	100,0

Таблица 3

Токсичность масленых растворов ДДТ при введении через рот белым мышам

Продолжительность наблюдения—6 суток

Доза чистого препарата (в г на 1 кг веса)	Количество животных	Погибло в течение первых суток	Погибло в течение вторых суток	Выжило (в %)
0,675	10	*——	_	100
0,1	20	I		95
0,2	20	8	2	50
0,3	30	18	5	23
0.4	20	15	3	• 10
0,5	20	14	6	—
0,0	30	30	—	—
0,7	20	20	—	...
0,8	20	20	—	—
0.9	20	20	—	—
1,0	30	30	• —	—

Если попытаться свести воедино данные различных исследователей, касающиеся токсичности ДДТ при введении в пищеварительный тракт, то получаются следующие сравнительные материалы (табл. 4).

Таблица 4

Токсичность ДДТ при введении в пищеварительный тракт, по данным различных авторов

Вид животных	Смертельная доза для 60% животных (01т 50) при введении ДДТ (в мг на 1 кг веса)			Автор
	в водной эмульсин гумми-арабика	в масляном растворе	эмульсия в крахмальном клейстере	
Мыши.....	—	446	—	Будхарт и др.
	1600	175		Доменьоц
	—	200	1 000	Вашков
■Крысы	—	150	—	Смит
	— ,	ЦО	—	Будхарт и др.
	500	280		Доменьоц
Морские свинки	—	553	—	Будхарт и др.
	2 ОСО	—		Доменьоц
	—	—[1]	2 000	Вашков
Кролики	—	300	—	Смит
	—	400	—	Будхарт и др.
	275	—	—	Доменьоц
Кошки	—	300	—	Смит
Цыплята.....	—	300		Будхарт и др.

Из сопоставления приведенных данных следует, что наибольшей токсичностью обладают масляные растворы ДДТ, обеспечивающие наиболее полную и быструю его резорбцию из пищеварительного тракта. ДДТ в .водной эмульсии гумми-арабика и в крахмальном клейстере значительно менее токсичен ио сравнению с растворами его в масле.

Описанные опыты хронического отравления животных ДДТ, а также данные по этому вопросу, приведенные и работах Камерона « Бургоса, свидетельствуют о возможности и почти неизбежности раннего или позднего смертельного отравления животных, получающих препарат в различных дозировках, которые сами но себе, отдельно взятые, не являются токсичными. Мы пока не располагаем данными для того, чтобы решить, следствием чего является хроническая интоксикация животных в этих условиях: имеет ли место кумуляция препарата ъ организме животных или имеется кумуляция токсического действия препарата? Этот вопрос еще подлежит изучению.

На основании приаеденйых материалов пока можно сделать лишь следующий вывод. ДДТ представляет опасность отравления при введении в пищеварительный тракт одновременно в большой дозе или в течение длительного времени даже малыми субтоксическамн дозами. Особенно опасны растворы ДДТ в жирах, а значит и введение его в жирной пище.

Следовательно, при работе с ДДТ необходимо предупредить возможность попадания препарата в пищеварительный тракт тем или иным путем. Чтобы избежать несчастных случаев, следует рекомендовать окрашивать препарат и его смеси с индн-ферентными веществами, так как по внешнему виду препарат можно смешать с мукой или сахаром. Необходим также ряд предупредительных мер как на производствах, изготовляющих ДДТ, так и при широком использовании препарата в практике (вентиляция, прозодежда, запрещение еды и курения в рабочих помещениях, частое мытье рук, тела и прозодежды, применение респираторов при выполнении некоторых производственных операций, сопровождающихся распылением препарата в воздухе, **в** т. д.).

Б. Действие ДДТ при вдыхании его аэрозолей

Токсичность ДДТ при вдыхании его аэрозолей и пыли была изучена рядом авторов (П. Нейль, В. Оттинген, В. Смит. Б. Мальто, Р. Дуни, Х. Моран, Г. Камерон в др.).

В опытах Нейля собаки, крысы и морские свинки вдыхали ДДТ в концентрации 54,4, 12,44 и 6,22 мг на 1л воадуха в статических условиях в течение 45 минут. Это не вызывало у животных каких-либо симптомов интоксикации. Мыши выдерживали концентрацию 6,22 мг ДДТ на 1 л воздуха при условии, если содержание сезамового масла в аэрозолях не превышало 6%.

Увеличение в составе аэрозоля содержания сезамового масла до 9,5*/» заметно повышало токсичность аэрозоля. Однако опыты были непоказательны, поскольку, как об этом говорит и сам автор, токсические явления, особенно у мышей, наступали вследствие слизывания и проглатывания животными больших 'Количеств аэрозоля, адсорбировавшегося на их шерсти. Аэрозоль, содержащий 5*/» ДДТ в циклогексаноне. был испытан на обезьянах и мышах. Воздействие ежедневно перемежающейся концентрации этого аэрозоля (0,183 мг на I л воздуха — дисперсия 1,5 г аэрозоля в камеру каждые 15 минут опыта) по 45 минут в течение 5 недель ежедневно не вызывало никаких токсических явлений у обезьян и мышей. При повторении этой экспозиции 3 раза в день в течение 4 недель ежедневно наблюдались токсические явления у мышей, у обезьян же они отсутствовали. Автор между прочим замечает, что концентрация ДДТ, примененная нм в первом из описанных опытов с 5% аэрозолей, в 36 раз превышает концентрацию, необходимую для инсектицидных целей.

Нейль сообщает об опыте, в котором 2 человека были подвергнуты в течение 6 дней по одному часу ежедневно экспозиции дисперсии ДДТ в воздухе, полученной распылением каждые 15 минут 10,4 г аэрозоля, состоящего из 5% ДДТ, 10% циклогексанона и 85% фреона. Люди при этом помещались в камеру емкостью в 14 750 л. У подопытных людей не удалось отметить никаких субъективных или объективных токсических явлений, которые можно было бы отнести за счет дей ствня ДДТ.

Такой же результат был получен и в другом опыте, когда люди подвергались- в той же камере в продолжение 5 дней по 1 часу ежедневно действию аэрозоли того же состава, но вводившегося в камеру в количестве 10,4 г через каждые 5 минут.

Ежедневные повторные экспозиции собак в течение 45 минут дисперсии аэрозоля, полученного впуском 450,2 г аэрозоля в камеру емкостью в 409,7 л (33 мг ДДТ на 1 л), не вызывали в течение 8 недель токсических явлений, кроме раздражения и наркотических явлений (результаты воздействия циклогексанона). Так же бесследно Прошли для обезьян ежедневные 45-минутные экспозиции в течение 27 недель дисперсии аэрозоля при начальной концентрации ДДТ в камере в 33,3 мг на 1 л.

Нейль отмечает, что аэрозоль, введенный в воздух камеры, быстро оседает и плотно удерживается любой поверхностью, с которой приходят в соприкосновение.

Автор приходит к выводу, что примененные им концентрации ДДТ в 33 мг на 1 л составляют величину, во много раз большую (800—1 000), чем та, которая необходима для практических инсектицидных целей. Эта концентрация, по мнению автора, равна 0,04—0.07 мг ДДТ на 1 л воздуха и совершенно безопасна.

Опыты с дустом, содержавшим 10% ДДТ, поставленные путем распыления 12,48 мг ДДТ на 1 м³ воздуха, не дали оснований установить токсические явления у собак, подвергавшихся 3 часа ежедневно в течение 4 недель воздействию указанной концентрации ДДТ. Мыши в этом опыте вновь оказались более чувствительными к препарату.

Нейль приводит данные, касающиеся осмотра 7 человек, по роду своей работы подвергавшихся в течение длительного времени действию ДДТ в виде тумана и дуста. Двое лэ обследованных имели контакт с ДДТ в течение 3% месяцев, один — 9 месяцев. Общее заключение, к которому приходит автор, сформулировано так: «После тщательной оценки всех данных, полученных при обследования каждого человека, можно сделать вывод, что *ни у* одного из них не было обнаружено определенных явлений, которые могли бы быть отнесены к токсическому действию ДДТ».

Автор предостерегает от применения в составе аэрозолей растворителей, не испытанных заранее на самостоятельную токсичность. В частности, он не рекомендует для этой цели хлорированных гидроуглеродов (возможно исключение метилекднхлорида и трихлорэтилена).

Хлорированные гидроуглероды сами по себе вызывают поражение печени, как и ДДТ. Особенно категорически автор предлагает не применять для этой цели тетрахлор этан.

Камерон и Бургес сообщают, что воздействие тумана, содержащего ДДТ в концентрации I : 1 000 (путем распыления 15 г, ДДТ в 30 см' ацетона на камеру емкостью в 1 м'), 11 раз в течение 14 дней по 2 часа каждый раз, привело к гибели 2 кроликов (из 4) после 8-й и 9-й экспозиции. Из 5 морских свинок одна погибла после 9-й экспозиции и 4 — после 10-й; из 10 крыс одна погибла после 4-й экспозиции, 3 — после 5-й, 2 —после 6-й, одна — после 8-й. 2 —после 9-й и одна — после 10-й; У всех животных были обнаружены ясные патологические изменения, связанные-

•е действием ДДТ. Во второй серии опытов, поставленной с применением концентрации ДДТ I : 3 000, все животные остались здоровыми.

Ряд авторов указывает, что вдыхания дуста необходимо избегать, хотя частицы дуста величиной более <0 микронов не могут адсорбироваться тканью легких и проникать в кровь.

Приведенные материал!/ дают основание считать, что вдыхание значительных количеств ДДТ в виде аэрозоля млн дуста может быть небезразличным для здоровья. Однако это соображение не может служить основанием для отказа от применения аэрозолей и дуста ДДТ, так как концентрации ДДТ, необходимые для получения инсектицидного эффекта, во много раз ниже тех, которые могут причинить вред здоровью даже только при хроническом воздействии. Однако для лиц, профессия которых связана с постоянным контактом с препаратами ДДТ, должен быть установлен такой режим работы и даны такие средства профессиональной защиты, которые могли бы предупредить возможность острых отравлений и хронического воздействия препарата.

В. Действие ДДТ при подкожном введении

Опыты с применением этих особых методов введения в организм изучаемого **препарата не** представляют особого пр арктического интереса, поскольку и жизни эти неестественные 'пути воздействия препарата на организм животных **и** человека не могут иметь места.

Доменьоц вводил под кожу мышам и крысам водную эмульсию ДДТ и определил при этих условиях смертельную одноразовую дозу (Г)1пт 50) препарата для мышей в 1—1,5 г на 1 кг веса животного, или в 20 мг на животное в среднем. Для крыс эта доза составила около 2 г на 1 кг веса, или 250—300 мг на животное. Мыши в этом опыте переносили без всяких симптомов отравления до 500 мг на 1 кг веса, а крысы — до 1 500 мг.

При введении в подкожную клетчатку эмульсии препарата в воде или масле в месте иньекции образуется своеобразное депо, откуда препарат медленно рассасывается.

Мы вводили белым мышам под кожу эмульсию ДДГ в крахмальном растворе н получили следующие результаты: за 10 дней наблюдения из всех мышей, получивших однократно под кожу от 300 до 3000 мг чистого препарата на 1 кг веса (от 5 до 50 мг на животное), ни одна мышь не погибла и не дала явлений интоксикации. Всего в этой группе было испытано 390 мышей. Из 30 мышей, получивших под кожу 3 250 мг чистого вещества на 1 кг веса (54 мг на животное), в течение 10 дней погибло 10 мышей (30%); из 30, получивших 3 500 мг, за тот же срок погибло 10 мышей; из 30 получивших 3 750 мг (62,5 мг) за 10 дней погибло 6, или 20%. И, наконец, из 30 мышей, получивших 4 000 мг (66 мг) за 10 диен погибло 18, или 60°/».

При подкожном введении белым мышам раствора ДДТ в растительном масле мы получили О1т 50 в размере 700 мг на I кг веса животных, или около 13—14 мг на животное (табл. 5). При этом гибель животных наступа ла главным образом п течение первых суток и препарат оказался значительно токсичнее, что зависело от введения раствора, а не эмульсии.

Таблица 5 .

Токсичность ДДТ при введении в растворенном состоянии в абрикосовом масле

Доза «в г на 1 кг веса)	Количество мышей	Кол шество вы живота	% гибели
0.1	**10**	**10**	0
0 2	**10**	**10**	0
0 8	**10**	**10**	**0**
«'.4	**1»**	**10**	0
0,5	**Ю**	**6**	**40**
0,6	**10**	**6**	40
0 ?	**ю**	**3**	***70***
0.8	**10**	**1**	90
0.9	**0**	**« ■**	ПН)
1,0	**10**	3	70

Приведенные краткие данные не дают каких-либо оснований для широких выводов. Однако, как можно заметить, токсичность ДДТ при введении под кожу значительно менее выражена, чем при введении через рот.

Г. Действие ДДТ через кожу

Изучение действия ДДТ через кожу представляет наибольший интерес, поскольку в практических условиях ДДТ имеет контакт чаще всего именно с кожей. Поэтому возможность резорбции ДДТ через кожу (при ношении одежды, импрегнированной препаратом, при применении дустов ДДТ для непосредственного опыления волосистых покровов тела и белья} при решении вопроса о практической токсичности его имеет особенное значение.

Наблюдения, проведенные различными исследователями в этом направлении, касаются: а) испытания действия порошкообразного ДДТ, нанесенного на кожу животных, б) испытания действия растворов и эмульсий ДДТ в различных растворителях и эмульгаторах, в) испытания действия и мире гни рован ных ДДТ тканей и г) изучение действия ДДТ на человека в форме дуста, растворов и эмульсий его в различных растворителях и при импрегнации одежды.

Камерон и Бургес в течение 16 дней по 2 часа ежедневно подвергали две группы кроликов (по *4* кролика в группе) накожному действию порошка ДДТ в количестве 50 мг на 1 кг веса в одной группе и 10 мг на 1 кг веса — в другой. Порошком посыпали выбритую кожу на спине животных. В течение 16 дней опыта нм местных явлений на коже кроликов, ии явлений общей интоксикации обнаружено не было. Во второй серии опытов сухой 5% ДДТ на пирофиллите по 2 часа ежедневно в течение 9 дней в дозах 10 мг чистого вещества на 1 кг веса наносился на выбритую кожу кроликов и морских свинок и 25 мг на 1 кг веса на кожу крыс. Как и в предыдущем случае, применение ДДТ не вызвало ни местных, ни общих явлений интоксикации или раздражения. Такой же результат был получен и при применении ДДТ. смоченного водой.

Драйзе, Нельсон и Кольвари применили дуст ДДТ (5% ДДТ и 95% талька) на выбритую кожу 6 кроликов по расчету 4 г дуста на 1 кг веса животного или чистого ДДТ 20 мг на I кг веса животного. Ни сухой, ни смоченный физиологическим раствором дуст ие вызывал никаких раздражений кожи или явлений интоксикации. Они же испытали действие 10% раствора ДДТ в растительном масле на выбритую кожу животных. Дозы ДДТ в этом случае составляли 390, 600 и 940 мг на 1 кг веса животных. Явлений интоксикации также обнаружено не было, но наблюдалась незначительная кожная эритема, державшаяся 2 дня.

Доменьоц испытал действие эмульсий ДДТ в водном растворе гумми-арабика к нашел, что при однократном нанесении на выбритую кожу для 50% подопытных животных смертельными являются следующие дозы чистого ДДТ: для мышей — 250—500 мг на 1 кг веса, «ли 5—10 мг на животное, для крыс — I 000 мг на I кг, или 200 мг на животное, для морских свинок — 1 000—2 000 мг на 1 кг, или 250—500 мг на животное, и для кроликов 250—500 мг на 1 кг веса, или 400—850 мг на животное.

При растворении ДДТ в оливковом масле смертельная доза для мышей остается на высоте 250—500 мг на 1 кг веса, или 6—10 мг на животное, и снижается для крыс до 250—500 мг на 1 кг веса, или 50—75 мг на животное.

Таким образом, масляные эмульсии и растворы ДДТ при воздействии на кожу животных для большинства из них оказались токсичными.

Еще большую токсичность в таких же условиях показали растворы ДДТ в различных органических растворителях, облегчающих адсорбцию ДДТ кожей животных.

Драйзе и другие в течение 90 дней наносили на кожу кроликов, крыс, морских свинок и собак 30% раствор ДДТ в ди метил фталате. Из 3 кроликов, получавших ежедневно по 150 мг ДДТ, выжил 90 дней только один, увеличив свой вес на 750 г. Один погиб после 33-й дозы, потеряв в весе 1 195 г, и один был убит для гистологического изучения после 45-й дозы, потеряв к этому времени 790 г. У всех кроликов отмечались характерные симптомы отравления со стороны нервной системы. Из 3 кроликов, получавших ежедневно по 300 мг на 1 кг веса, 90 дней выжил один, потеряв в весе 55 г. Остальные 2 погибли после 10-й и 14-й доз. У всех наблюдались явления интоксикации.

Из 3 кроликов, получавших по 600 мг ДДТ на 1 кг веса, один погиб после 6-й дозы, потеряв в весе 880 г, и два были убиты после 5-й и 6-й дозы, потеряв к этому времени в весе 705 и 470 г. Из 3 кроликов, получавших препарат по 1 200 мг на I кг веса, два погибли после 5-й и 6-й дозы, потеряв в весе 550 и 860 г, и один был убит после 6-й дозы.

Из 12 крыс, подвергнутых опыту по этому же способу и с теми же дозами препарата, выжили 90 дней *4* крысы (из числа получавших по 150 мг «а 1 кг — 3 крысы **и** по 300 мг — 1 крыса).

Из 12 морских свинок в таком же опыте выжили 4. Две из них получили по 150 мг на 1 кг веса и две — по 300 мг.

Авторы подытоживают свои исследования следующим выводом: «Порошок ДДТ плохо адсобируется и ие раздражает кожу. Растворы ДДТ в кераздражающеч растворителе, каким является диметилфталат, адсорбируются как неповрежденной, так ■ поцарапанной кожей и вызывают тяжелое отравление». «ДДТ в твердой фооме безопасен для использования в препаратах, предназначенных для местного применения ла коже. Из растворов ДДТ адсорбируется и является тяжелым ядом».

Камерон и Бургес применили 10% раствор ДДТ в керосине, накладывая ежедневно на кожу животных повязки, содержащие от 100 до 200 мг ДДТ на 1 кг веса. Все животные погибли после 6, 12 или 14 иакожных применений раствора.

Накожное применение ДДТ в виде 1*/® раствора в керосине (50 мг чистого вещества на 1 кг веса животного, ежедневно по 2 часа) привело к гибели 5 кроликов после 16 применений раствора и 5 морских свинок —после 18 процедур.

По мнению авторов, чистый керосин также раздражает кожу при местном применении и может даже вызвать гибель животных.

Весьма токсичными оказались также !•/• растворы ДДТ в этиловом стгрте, ацетоне и эфире.

Мы в течение 50 дней накладывали на выбритую кожу опытным кроликам 18 компрессов водно-мыльной эмульсии с 1% содержанием ДДТ. На каждый компресс расходовалось по 6 см' эмульсии, или 60 мг ДДТ-

В обоих случаях у кроликов не наблюдалось токсических явлений.

Мы испытывали действие растворов ДДТ в скипидаре, дихлорэтане и керосине.

Результаты этих экспериментов приведены -в табл. 6. На приготовление повязок расходовалось каждый раз 10 см' раствора. Повязки применялись в сухом состоянии.

Таблица 6

Количество животных	Препарат» примененный для пропитывания ловя* эок	Продолжительность опыта (в днях)	Количество смененных повязок	Результаты
3	1<% ДДТ в скипидаре (1(дб мг на повязку)			Отсутствие явлений интоксикации
2	То же.....	36		То же
4	1С% ДДТ в дихлорэтане (1 < 0> мг на повязку)	15		
3	10% ДДТ в керосине (1 ЦЮ мг на повязку)	4	2	Погибли на 45-й день-наблюдения
2	То же..... «...	6	2 1	Убиты на 6-й день в тяжелом состоянии Убиты после 1-й повязки в тяжелом состоянии
3	5% ДДТ в керосине (500 мг на повязку)	17		Явления интоксикации
3	То же ... . . . , ,	12		То же .
3	Чистый керосин , . . .	12		Небольшое раздражение кожи

Внггельсворт сообщает о случае отравления лабораторного работника при изготовлении незащищенными руками смеси из дуста **ДДТ** с ацетоном. У отравившегося **в** течение 10 дней развились довольно тяжелые симптомы интоксикации, исчезавшие весьма медленно после прекращения работы. Заболевший отсутствовал на работе **10** недель и в течение года еще не вполне поправился.

Приведенные материалы дают возможность сделать заключение о нетоксично ст **и сухих** дустов ДДТ при их наложении непосредственно на кожу. Наряду с этим ДДТ в различных эмульсиях, масляных растворах и органических растворителях, облегчающих адсорбцию действующего вещества кожей, резко токсичен для животных. Особенно ядовиты растворы ДДТ в керосине. Следовательно, применять непосредственно на кожу или на нижнюю одежду можно только сухие дусты ДДГ.

Д. Действие тканей, им премированных ДДТ

Особый интерес лредстаэляет вопрос о возможном токсическом действии нательвого белья, импрегннроваиного препаратом ДДТ от вшивости.

Импрегнировать белье можно в определенной степени путем втирания в ткань белья и особенно в швы дуста, сухого порошка, содержащего ДДТ (например, ДДТ 5% и талька 95%). Импрегнация, произведенная этим способом, сохраняется недолго, поскольку порошок легко осыпается с белья, но она, невидимому, безопасна для людей. Известен опыт успешного применения дуста ДДТ в Неаполе в 1944 г., когда с помощью его удалось в кратчайший срок ликвидировать эпидемию сыпного тифа среди населения. Никаких вредных последствий массового применения дуста ДДТ при этом «е наблюдалось. Исходя из этих соображений, проф. Мозер, директор Института гигиены университета в Цюрихе (1944 г.), рекомендует припудривать дустом ДДТ белье, одежду (внутри) и «волосистые части тела. Проф. Мозер сооб-

щает, что препарат ДДТ (неоцид) был широко применен яа Балканах в 1942 г. органами Международного Красного креста.

В 1942 г. ДДТ (неоцид), по его же данным, начал применяться в больших масштабах в американской, а затем в швейцарской и германской армиях.

Для импрегнации тканей белья и одежды чаще применяют различные эмульсии •и растворы препарата ДДТ. Экспериментальные данные, касающиеся этого вопроса, немногочисленны, но достаточно показательны.

Камерон и другие импрегнировали ткань 0,5% раствором ДДТ в бензоле и в высушенном состоянии прикладывали ее к выбритой коже кроликов. Повязки с импрегнировалной тканью оставались на кроликах 7 дней. Под наблюдением находились 4 труппы кроликов по 5 животных в каждой группе. В первой группе животные получили в повязке 100 мг чистого ДДТ на I кг веса, во второй грунте — 50 мг яа 1 кг веса, в третьей — 25 мг на I кг ®еоа и в четвертой — 10 мг на 1 кг веса. Кожа на месте длительного соприкосновения с импрегннрованной тканью оставалась здоровой. Ни у одного • из животных не наблюдалось никаких явлений интоксикации. Не было найдено никаких изменений я но внутренних органах этих животных, убитых после 7-го дня наблюдения для патологоанатомического исследования.

Камерон и другие приводят протоколы опытов ношения солдатами белья, импрегнированного 1% ДДТ. В первом опыте 12 солдат в течение 18—26 дней непрерывно носили шерстяные куртки, длинные шерстяные кальсоны и рубашки, нмлрегнированные 1% ДДТ. В качестве растворителя, невидимому, был использован бензол. Люди выполняли в течение указанного срока свою обычную работу и находились все время под тщательным медицинским набшоденнем. У двух из наблюдавшихся был отмечен незначительный дерматит в области подмышек и на икрах, который исчез после применения каламинового крема (носка импрегнированного белья продолжалась). Других местных раздражений кожи я общих токсических явлений не наблюдалось.

Во втором опыте 20 солдат, не снимая, 26 дней носили такое же белье, пропитанное 1,% ДДТ. У одного из лиц, находившихся под наблюдением, после ванны на 10-й и 23-й день опыта появилось незначительное раздражение кожи, быстро исчезну вшее без применения каких-либо лечебных средств. Токсических явлений ни у кого «з бывших под опытом не наблюдалось.

В третьем опыте 20 солдат носили импрег Кирова иное 1,% ДДТ белье в течение 4 недель, надевая каждую неделю новое, свеже импрегнироваиное белье. У одного из солдат на 18-й день обнаружилось небольшое раздражение кожи на руке, исчезнувшее на 21-й день. У другого солдата был отмечен слабый дерматит на кисти руки, исчезнувший после применения каламинового крема. У третьего солдата появился на коже небольшой прыщ, продержавшийся незначительное время. Никаких других явлений местного и общего характера не наблюдалось.

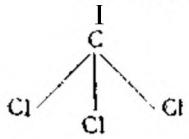
В четвертом опыте 6 работников химической сеюции в Нортоне в течение 77 дней были заняты работой с ДДТ (лабораторная работа и импрегнация большого количества белья и одежды). Работа производилось в защитной одежде, резиновых перчатках и резиновых сапогах. Двое из этих работников имели особенно частый и длительный контакт с растворами ДДТ, так как 15 дней импрегнировали одежду. У одного из них было обнаружено повышение уровня кальция в крови с 11,2 мг на 100 см' (до работы) до 18 мг на 100 см' (на 15-й день работы). Через 2 дня «осле того как этот человек прекратил работу с ДДТ, уровень кальция в его крови вновь упал до 13,4 на 100 см'. Второй работник в течение всего периода работы н после этого чувствовал себя прекрасно. У остальных 4 человек нз этой группы также не было отмечено никаких местных или общих явлений интоксикации.

Начиная с 1944 г., немцы на Восточном фронте (повидимому, и в других местах) начали широко применять для импрегнации белья солдат и офицеров препарат лсд названием «лаузето». Действующее начало этого препарата оказалось аналогом ДДТ и представляет по своему химическому строению и составу продукт неполной ректификации ДДТ. Различие в строении этих препаратов видно из сравнения вх химических структурных формул:

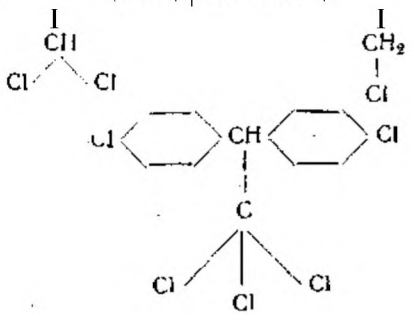
ДДТ

C1^ \сн/ а/ ч>сн</ >C1 C|/ >CH< \C1

X-----/ | \---------- / \------ / | ---------- /



лаузе1о



В препарате лаузето чистого вещества ДДТ содержится 35—4О*/о. В качестве растворителя применен трихлорэтилен.

Лаузето немцы применяли для пропитывания нательного белья, для чего из основного препарата приготовляли I'/» водные эмульсии. Импрегнированное лаузето белье оказалось исключительно высоко инсектицидным и при широком использовании в войсках не вызывало раздражений кожи или каких-либо токсических явлений

Немецкая инструкция предписывает следующие обязательные правила применения лаузето:

1. Перед употреблением эмульсию ©стряхивать или перемешивать с помощью проволоки.
2. Раствор выдерживать в течение получаса до употребления.
3. Белье погружать в жидкость сухим.
4. Высушивать белье медленно, не подвергая его действию сильного жара (не У печи). Для предохранения от вшивости обмундирование (шинели, меховые вещв и пр.) рекомендуется дополнительно обрызгивать I—4% эмульсией лаузето с помощью аппарата «Флит».

Препарат лаузето был использован и в Красной Армии. В октябре и ноябре 1944 г, в частях 1-го Белорусского фронта было пропитано I.'/» эмульсией этого препарата I 185 000 комплектов теплого обмундирования и теплого белья. Пропитанную одежду носили в течение всей зимы. Ни одного случая отравления при этом зарегистрировано не было ни средн носивших одежду, ни среди лиц, занимавшихся ее импрегнацией.

Выво д ы

I. ДДТ (дихлордифенилтрихлорметилметап) при некоторых условиях его применения — высоко токсичное соединение, вызывающее тяжелые поражения внутренних органов, прежде всего дегенеративные изменение печени. В клинике отравления ДДТ преобладают патологические явления, связанные с поражением нервной системы. Однако до снх пор при многочисленных исследованиях не удалось установить каких-либо органических поражений нервной системы у животных, погибших вследствие острого или хронического отравления ДДТ.

2. Отравления ДДТ могут произойти при введении этого препарата в пищеварительный тракт в виде однократной массивной дозы или при хроническом поглощении субтоксических доз. ДДТ .в водных взвесях безнаказанно переносится при приеме внутрь даже в значительных дозах (по 10,75 в течение 3 дней). При введение в пищеварительный тракт особо ядовитыми являются растворы ДДТ в жирах.

3. Вдыхание распыленного в воздух дуста ДДТ с содержанием 0.5%» и даже о/« * чистого препарата может быть безвредным для животных и людей, если они не подвергаются этой операции систематически. Такой же вывод должен быть сделан н в отношения аэрозолей ДДТ. В последнем случае огромное влияние на токсичность препарата имеет количество и качество эмульгирующих ДДТ веществ, входящих в состав аэрозоля.

4. Адсорбции ДДТ через кожу при применении сухих дустов ДДТ практически нет. Большую ядовитость препарат -приобретает в случае применения его на кожу в составе масляных эмульсий и в органических растворителях. Особой ядовитостью отличаются растворы ДДТ в керосине.

5. Одежда, обработанная сухим ДДТ или высушенная после импрегнации, как правило, не вызывает при ношении явлений интоксикации или раздражения кожи.

6, Учитывая исключительные инсектицидные свойства ДДТ, необходимо тщательно изучить все условия, при которых его применение может представлять «паенесть. В соответствии с этим могут быть разработаны и более усовершенствованы методы наиболее безопасного применения ДДТ.

При решении вопроса о возможности применения ДДТ не следует забывать, что ни одно из существующих и широко применяемых на практике деэсредств не яе лнется безвредным. Большинство из них — яды. Однако установленные дозы н методы применения делают их практически безопасными.

7. Имеющийся в настоящее время опыт говорят о допустимости применения ДДТ в виде дустов и для импрегнации одежды.

8. Надо полагать, что наибольшую опасность ДДТ может представлять для людей, систематически имеющих дело с чистым препаратом, его концентрированными эмульсиями и растворами, а также занимающихся импрегнацией одежды этим веществом. В отношении этих лиц должны быть приняты все меры предосторожности — работа в защитной одежде, обуви и перчатках, вентиляция помещений, ежедневное мытье, своевременная смена одежды, выпачканной концентрированными эмульсиями и растворами ДДТ, запрещение еды и курения © рабочих помещениях, систематическое медицинское наблюдение.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ'

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941-1945)

(Продолжение ')

9. РАНЕВЫЕ ИНФЕКЦИИ

Аведисов С. С., О газовой инфекции и ее лечении при огнестрельных ранениях, Хирургия, 9—10, 1941,

Авцын А, Л., Патология раневого сепсиса, Хирургия, 8, 1944.

Аксельрод Л, Д, Изменения в позвоночнике при экспериментальном столбняке, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 6, 1941.

Александров Н. И., К вопросу о длительности сохранения активного иммунитета против столбняка при иммунизации комплексной (ассоциированной) вакциной, ВСД, 10, 1942.

Алфеева А. А., О картине крови при газовой инфекции, в «и. Некоторые вопросы медико-санитарной службы Черноморского флота в Отечественной войне, М,—Л., стр. 30—38, 1945.

Анаэробная инфекция при огнестрельных повреждениях (столбняк К газовая гангрена), Фельшер и акушерка, 8, 1942; М., Медгиз, 7 стр., 1942; в.кн. Инструкции НКЗдрава СССР по методам хир. леч. в госпиталях, Горький, стр. 33—42, 1942,

Аралов Д. А.. Анаэробная инфекция. Диссертация, М., 338 листов с и л л., 1943. Библиогр. (Отпечатано на пишущей машинке.)

Арапов Д. А., Газовая гангрена, изд. 2-е. М., Медпиз, 125 стр., с нлл., 1942.

Арапов Д. А., Редкие формы газовой гангрены и современные методы леченья, в кн. Труды 6-го всесоюзного анаэробного совещания, М., стр. 59—63. 1941.

Ариель М. Б., Септические осложнения ран, в кн. Труды научной сессии, посвященной памяти акад. Павлова 27—28.1Х.1942, Л., стр. 12, 1942.

А ристо вс кий В. М., Основные положения к построению схемы бактериологического анализа при анаэробной раневой инфекции, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологий, 9, 1943.

Архангельская-Левина М. С., Клинические формы столбняка яри профилактической серотерапии, Вестник хирургии нм. Грекова, 65, 5, 1945.

Аршба С. Я. и Мзареушвили Н. В., К вопросу о лечении анаэробной инфекции бактериофагам, в кн. Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей НКЗдраеа Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 166—171, 1944.

Астров М. С., Анаэробная инфекция ран, ее профилактика и лечение, Ташкент, Ташмедиздат, 20 стр. с и л л., 1942.

Ахутин М. Н., Анаэробная инфекция у раненых во время боев у озера Хасан, в кн. Труды 6-го всесоюзного анаэробного совещания, М., стр. 67—71. 1941.

Банайтис С. И., К вопросу об анаэробной инфекции рай, ВСД, 12, 1941.

Банайтис С. И., Конференция хирургов М-ского фронта (анаэробная инфекция ран, ранение черепа), ВСД, 1—2, 1942.

Баранцевич Е. В., Большие дозы ультрафиолетовых лучей при огнестрельных ранах с анаэробной инфекцией, в кн. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны, в. IV, Л., стр. 34—38, 1943.

Баренбаум М. А. и др., К казуистике клинических проявлений раннего рапетого сепсиса, в кн. Труды группы № 1 по изучению шока, б. м., действующая армия, стр. 371—388, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Беленький Г. С., Василевич Н. А., О некоторых особенностях морфологической динамики периферической крови при сепсисе, в кн. Труды 1-Й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м„ стр. 374—377, 1943.

Белов М. П. и Ласкин В. Е, К вопросу быстрой диагностикп газовой гангрены Сообщение 1-е, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Беленовский Г. Д., Микробы — возбудители газовой гангрены и бактериальный антагонизм, в кн. Сборник научных работ института за год Отечественной войны, Л-, стр. 12—14, 1942 (Государственный институт усовершенствования врачей нм. С. М. Кирова).

• См. <ВМЖ», № 1, 2 и 3, 1947.

Бердяев А. Ф„ Флегмона и анаэробная инфекция. Фельдшер н акушерка, 3, 1941.

Березов Е. Л., Переливание крови в лечении раневого сепсиса, в кн. Вопросы переливания крови, Горький, стр. 185— 208, 1944.

Березов Е, Л. и др., Лечение раневого сепсиса переливанием крови, в кя. Вопросы хирургии войны, желудочной хирургии и урологии. Горький, стр. 9—26, 1942; Опыт работы эвакогоспиталей за год Отечественной войны, Горький, стр. 7—24, 1942,

Беркутов, Анаэробная инфекция ран по данным госпиталей полевого эвакэ пункта, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 105—107, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Бернштейн В. С. и др., Фаготерапия шейных процессов, Казанский медицинский (журнал, 2, 194!.

Блохин Н. Н., Некоторые биохимические и морфологические изменения в крови собак при экспериментальном заражении их возбудителями газовой инфекции, в кн. Ученые записки Ленинградского государственного университета за № 88. Серия естественных наук. Л., стр. 171—173, 1943.

Блохин Н. Н. и Бузина П. А., Экспериментальное воспроизведение газовой гангрены у собак, в кв. Ученые записки Ленинградского государственного университета за № 88. Серия естественных наук, Л., стр. 174—180, 1943.

Блюмин И. Ш., Стрептоцид (белый) при гнойно-септических заболеваниях, Вестник хирургии им. Грекова, 3, 1941.

Блюмин И. 111., Терапия газовой инфекции при огнестрельных ранениях (пв материалам госпиталей армейского района), ВМЖ, март—апрель 1944.

Борисенко-Митлаш и Др., Анафилактический шок при внутривенных вливаниях антагангренозной сыворотки, Хирургия, 2, 1945.

Б р а й ц е в В. Я-, Хроническая анаэробная инфекция огнестрельных ран. Хирургия, 12, 1944.

Брусиловский Д. М-, Газовая инфекция. Хирургия, 2—3, 1943.

Бубличенко Л. Н., Классификация сепсиса, Здравоохранение-Казахстана, 9, 1943.

Булгаков П. Н., Сепсис при огнестрельных ранениях, **а** кн. Сборник работ научной сессии, посвященной 25-летию здравоохранения и 25-летию Воронежского медицинского института, Ульяновск, стр. 23—27, 1944.

Бульба, Лечение газовой инфекции эмульсией сульфамидного ряда, в кя. Военная медицина на Запашном фронте ® Великой Отечественной войне, в. 2, М.. стр. 16-23, 1943.

Бурденко Н. Н., Серотерапия газовой гангрены и дальнейшие пути изучения этого вопроса, в кн. Труды 6-го всесоюзного анаэробного совещания, М., стр. 53—55, 1941.

Бурова А. Е., Газовые гангрены, Журнал микробиологам, эпидемиологии и иммунобиологии, 10—11, 1941.

Бурова А. Е. и др.. Применение метода Рамока-Вейнберга для более быстрого накопления антитоксина при приготовлении антигаигрезюзных сывороток, в кн. Труды 6-го всесоюзного анаэробного совещания, М., стр. 74—75, 1941.

БурчинсКнЙ Г, И., Принципы терапии раневого сепсиса, в кя. Сборник научных работ Киевского окружного военного госпиталя, в. 2, Киев, Госмедиэдат, стр. 50—58, 1945.

Вайль С. С., Об измененных нервах мышц и сосудов при газовой флегмоне, осложняющей огнестрельные ранения конечностей, в кн. Труды Ученого медицинского совета при начальнике МСУ ВМФ, т. 2, в. 4, 5, М., стр. 19—25, 1943.

Вайнштейн В. Г., К итогам лечения анаэробной инфекции ран, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 4, 19-13.

Введенский К- К- и Туник Г. С., Об анаэробной инфекции по данным эвакогоспиталей, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 2, Л., стр. 30—33, 1943.

Вегер А. М„ О местном столбняке и ранней диагностике его, Врачебное дело. 1-2, 1945.

В и л я в и и Г. Д., Газовая инфекция и роль гемотрансфузий в борьбе с ней, в кн. Вопросы переливания крови. Горький, стр. 284—298, 1941.

Висковский С. В., Профилактика и лечение столбняка, в к и. Труды 1-й научной конференции терапевтов, б. м., стр. 80—88, 1942.

■Вовченко Г. В., Анаэробная гангрена (по материалам эвакогоспиталей), в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 119—126, 1943. Библиогр.

Воробьев Н. Н., Лечение раневых инфекций сухими бактериофагами, Хирургия, 6, 1944.

Газовая гангрена на Ближнем Востоке. (Реферат), Журнал микробиологии, эпидемиологии **и** иммунобиологии, 9, 1944.

Газовая инфекция, Фельдшер и акушерка, 8, 1942.

Г а л а С т я и Р. О., О фаготерапия хирургических инфекций, в кн. Сборник научных трудов, Ереван, стр. 137—155, 1944 (Факультетская хирургическая клиника Ереванского медицинского института).

Галуннна 3. И., К диагностике газовой гангрены. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Ганжулевии Т, Ф„ К вопросу об анаэробной инфекции, в кн. Сборник научных трудов Ивановского медицинского института 1942—1944 гг„ Иваново, стр. 175—179, 1945.

Гатовский Е. В., Сывороточная болезнь у раненых после введения противостолбнячной сыворотки, в кн. Труды Военно-медицинской академии, т, 30, Л., стр. 60—63. 1941.

Герценберг Е. Я-. Алиментарное истощение и раневая кахексия, Молотов, МЭП-44, 1 стр., 1942 (Листок обмена госпитальным опытом № 16).

Геселевич А. М., О значении гидрометеорологическою фактора в возникновении газовой инфекции ран. Хирургии, 7, 1944.

Г и р г о л а в С. С., Столбняк, в кн. Лечение ранений на войне, 6-е изд., Л., стр. 163—175, 1942; Лечение военных ранений. Л., стр. 169—170, 1945.

Гливенко В. Ф. и Хесн на -Лурье М. Е., К вопросу о «дремлющей» инфекции после огнестрельных ранений мягких тканей, в связи с вопросом о сроках оперирования после огнестрельных ранений. Госпитальное дело, 3, 1944.

Голубева Г. М., К лечению столбняка в условиях эвакогоспиталя (автореферат), в кн. Научные труды госпиталей, в. 1, М., Медгиз, стр. 81—82, 1912.

Горелое М. А., Лечение раневого сепсиса внутривенным вливанием спирта, ВСД, 8—9, 1943.

Горенко Х. А. и Иванов Н. А., Случай тяжелого сепсиса с геморрагическими кожными проявлениями, излеченный трансфузией крови, в кн. Труды Владивостокского военно-морского госпиталя, Л., стр. 181—185, 1941.

Гор и невская В. В., Анаэробная газовая инфекция, ее предупреждение и борьба с ней в войсковом районе (на основании опыта работы на Карельском перешейке), Ортопедия и травматология, 2, 1941. *

Горяева А. В. и Иваницкая М. Ф., К вопросу о реакциях активной соединительной ткани при так называемом травматическом истощении. Предварительное сообщение. Клиническая медицина, 22, 3, 1944.

Гращенков Н. И., Анаэробная инфекция мозга, М., Медгиз, 65 стр., 1944.

Гращенков И. И., Газовая гангрена .мозга. Невропатология и психиатрия, 11, 1942.

Гращенков Н. И. и др.. Значение клиннко-бактериологических и клинико-иммунологических параллелей в учении о раневой инфекции, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 7—3, 1943.

Григорян С. Т., К вопросу клиники и терапии газовой инфекции, в кн. Сборник трудов хирургов ППГ, б. м.. стр. 87—98, 1944.

. Гродко Н. С.. Сравнительное изучение штаммов, применяемых для получения сывороток антиперфрингенс, в к и. Труды 6-го всесоюзного анаэробного совещания, М.. сто. 75—77, 1941.

Гродко Н. С„ Титрование сывороток против В. реНппкепз методом Наг лер-Цехновицера, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Гродко Н. С. н Ушакова Л. А., Изучение свежевыделенных штаммов. 8. регГлп^епз, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Гроссман И. А., О свойствах токсина септического вибриона, в кн. Труды 6-го всесоюзного анаэробного совещания, М.. стр. 33—34, 1941.

Г у л ь к е в и ч Ю. В., О трудностях в распознавании газовой инфекции при некоторых ранениях таза. Хирургия, 7, 1945.

Гуревич С. Д. и др., О работе анаэробной лаборатории при ППГ ВМА, в кн. Труды Вое а но-медицинской академии, т. 29, Л., стр. 180—196, 1941.

Давлетов А. С., Об успешном применении сульфидина в случае тяжелого-сепсиса, в кн. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 558—559, 1941.

Давыдовский И. В., Травматическое истощение в свете учения о сепсисе и гнотю-резорбтивной лихорадке, М., Медгиз, 1943 стр. с илл., 1944, Библиогр.

Дегтярев И. Г., Клинические материалы по лечению гнойных инфекций бактериофагом, Хирургия. 6, 1944.

Дорошкевич Н. Т-, Местный столбняк по материалам ГБА и ГБФ, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. I, М., стр. 47—49, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Дошоянц, Лечение газовой флегмоны бактериофагом, ВСД, 1—2, 1942.

Доценко П. С., К характеристике иммунитета при иммунизации анатоксином, и микробными телами б. перфрингенс, в кн. Труды 6-го всесоюзного анаэробного совещания, М., стр. 79—81, 1941; Сборник научных трудов, в. 3, Иркутск, стр. 133—137, 1943 (Иркутский институт эпидемиология и микробиологии).

Дудко Н. Е., О профилактике и лечении газовой вифекции (в условиях войны), ВСД, 4—5, 1942.

Дудко Н. Е., О профилактике и лечении газовой инфекции внутривенным введением больших доз без разведения противогангренозной сыворотки быстрым темпом (5—10 минут), Хирургия, 10, 1942.

Дукельскнй Б. Е., Материалы ло анаэробной инфекции огнестрельных ране-

явй, в кн. Тезисы к докладам 2-й научной сессии, потащенной пятилетию Московского стоматологического института, М., Медгиз, 18 стр., 1941; Ортопедия и травматология, *2,* 1941.

Дунье М. В., Пути борьбы с газовой инфекцией, ВСД, 1—2, 1942.

Елин В. Л., О действии некоторых красителей на гноеродных микробов и раневых анаэробов 1п УПГО и 1п У1УО. Сообщение 1—4, в кн. Сборник научных трудов, в. 3, Иркутск, стр. (6—36, 1943 (Иркутский институт эпидемиологии и микробиологии). Библ и огр.

Еолян Р. О-, О фаготерапии хирургических инфекций., в кн. Сборник научных трудов Ереванского медицинского мн статута, Ереван, стр. 137—155, 1944 (Факультетская хирургическая клиника). Библногр.

Еремин И. К.. О профилактике анаэробной инфекции огнестрельных рай, Советская медицина, *10, 1942.*

Ермольева З. В., Маршак А. и др.. Пенициллин и его применение при септических и гнойных осложнениях ранений, Клиническая медицина, 22, 3, 1944. Библногр.

Е ф м а н Л. М.. Как определить степень общей интоксикация организма при военной травме. Госпитальное дело, 12, 1944.

Журавлев П. М., Профилактика и лечение газовой гангрены при шомощн новых биологических антисептиков — анаэробных бактериофагов, ВСД, 8—9, 1943.

Журавлев П. М., Покровская М. Н., Фагопрофилактика и фаготератня газовой гангрены, в кн. Достижения советской медицины в годы Отечественной войны, в I, М., стр. 118—123, 1943; Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Заева С. П., Анаэробные бактериофаги, М., Медгиз, 56 стр., 1945. Библногр.

З а е в а С. П-, Фаготерапия анаэробной инфекции, в *кн.* Сборник работ по военно-полевой и общей хирургии, Л„ Медгиз, стр. 46—51, 1944.

З а й д м а и М. В., Значение хирургического вмешательства в профилактике я терапии газовой гангрены, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 155—160, 1943.

Зарубин С. А., К борьбе с анаэробной инфекцией, в кн. Опыт лечебно-эвантуационнон работы войскового и армейского районов, б. м., действующая армия, -стр. 82—89, 1944.

Захарина Д. И., Опыт иммунизации антигенами В. регДнпгепз, заключенными в ланолин. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиолога и, 9. 194-1.

Зацепин Т. С., Дремлющая инфекция, ее распознавание и лечение, Госпитальное дело, 3, 1945.

Зе левннская С. А., К вопросу о получении сывороток против газовой гангрены, в кн. Труды 6-го всесоюзного анаэробного совещания, И., стр. 71—74, 1941.

Зелевинская С. А.. Волкова З. М. и др.. Активная иммунизация против газовой гангрены (В. регСппеепз), Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Зелевинская С. А., Эберт М. К.. Активная иммунизация против газовой гангрены (В. оебетаИепз), Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. ■9. 1944.

Иванова Е. М.. Случай позднего столбняка в глазной практике, Вестник офталмологии, 22, 5, 1943.

Иваноз Б. А., Анаэробные раневые инфекция (газовая гангрена), столбняк (русская литеоатупа 1939—1943 гг,). Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 9, 1944.

Иванов Б. А., Осложнения огнестрельных ран (газовая гаи г ре на, столбняк, сепсис и раневое истощение). Основная отечественная литература за 1939—1944 гг.. Госпитальное дело, 7—8, 9, 1944.

Носил и ан и Д. Г., Некоторые данные о клинике и лечении анаэробной инфекции, в кн. Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 159—166, 1944.

Каганович-Дворкин А. Л., Газовая гангрена, ее серотерапия и серопрофилактика, Хирургия. 3—4, 1942.

Кадии Л. С., К вопросе о газовой гангрене мозга, Вопросы нейрохирургии, 2,1943.

Казимирова З. Н., Сахар крови при газовой гангрене, Ученые записки Ленинградского государственного университета № 88. Серия естественных наук, стр. 181—185, 1943.

Калинин А. М„ Значение бактериоскопии при раневых инфекциях, в кн. Сборник научных работ института за второй год Отечественной войны, Л., стр. 139—143, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Кама ко ва Т, А., Инфекция огнестрельных рай, в кн. Работа ленинградских врачей за годы Отечественной войны, в. 4, Л., стр, 8—18, 1943. *

Калланский С. и др., К вопросу о патогенезе раневых истощений. Сообщение 1-е, Гипопротеинемия и ее роль в патогенезе раневых истощений, Хирургия, 5, 1945.

К а р т а в и н В. А., Лечение септических состояний длительными вну-гои веяными .капельными вливаниями растворов. Хирургия, 5—6, 1942.

М

Кассиль Г. Н., Матвеев К- И., О механизме действия противостолбнячной сыворотки при введении ее в спинномозговую жидкость, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 18, 12, 1944.

К е Й м а х С. М., Материалы по анаэробным осложнениям огнестрельных ран, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр, 147—152, 1943.

Кириллова А. В., Морфология крови при раневом сепсисе, в кн. Санитарная служба в дин Отечественной войны, в. 5, Свердловск, стр. 175—185. 1945 (УрВО).

Киселев Н. Н., Анаэробная микрофлора на боевых кораблях, Военно-морской врач, 2, 1944.

Кмслородотерапия при газовой гангрене {Реферат Л. Я- Басиас на ряд работ иностранных авторов), ВСД. .1—2, 1942.

Клейн Б. И., Усовершенствования -в диагностике анаэробов газовой гангрены, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1943.

Клисиский И. Б., Случаи местного проявления столбняка, Хирургия, 4, 1944.

К о в т у и о в и ч Г. П., Влияние анестезирующих веществ на течение газозой инфекции, Вестник хирургии нм. Грекова, 61, 5, 1941.

Ковтунович Г. П., Возможна ли профилактика столбняка антисептическими веществами. Вестник хирургии им. Грекова, 61, 6, 1941.

Ков т улови ч Г. П., Стрептоцид (сульфаниламид) при лечении газовой инфекции, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.

Коган И. С., Антнретикулярная цитотоксическая сыворотка акад. А. А. Богомольца и ее значение в терапии гнойных септических заболеваний и при военных травмах, в кн. О лечебном действии антиретику л яркой цитотоксической сыворотки АЦС. Тезисы докладов, Уфа, стр. 48—50, 1942.

Коган И. С., Иммунотрансфузия как фактор терапии стимуляции при лечения инфицированных рай я острогнойных инфекций. Врачебное дело, 3—4, 1945.

Коган И. С., К 'вопросу об анаэробной инфекции, в кн. Сборник научных работ института за год Отечественной войны, Л„ стр. 15—18, 1942 (Ленинградский институт усовершенствования врачей ям. С. М. Кирова).

К о л о н І е р И. Б„ Наш опыт лечения пенициллином раневых инфекций. Вестник хирургии им. 'Грекова, 65, 5, 1945.

Комкова С. А., Активная иммунизация против В. регГппеепз, Журнал микробиология, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Копылова К. П„ Некоторые морфологические изменения юрови при анаэробной инфекции, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 н лечебных учреждений армии, в. 2, Л., стр. 34—37, 1943.

Коростелев В. Е. и Шура-Бура Б. Л., Ранняя бактериологическая диагностика анаэробной инфекции, в кн. Труды Владивостокского воен но -морского госпиталя, Л., стр. 148—149, 1941.

К осмолам ианс-кий В, Н., О действии таннина на возбудителей анаэробной инфекции. Сообщение І. Опыты лечения экспериментальной газовой гангрены водным раствором таннина, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 10—11, 1941.

Костюкова О. 3., Некоторые данные о состоянии сердечно-сосудистой системы при анаэробной инфекции. Клиническая медицина, 3, 1945. Библиогр.

Котляревский В. П., Наблюдения по вопросу о роли стафилококкового токсина в развитии экспериментальной тазовой гангрены, -вызываемой В. регГппйгепз, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 1—2, 1942.

Краткая инструкция по лечению анаэробной инфекция, в кн. Медицинский сборник, в. 1, б. м„ стр. 38—39, 1942 (РЭП-95).

Крепе Е. М., Угольная а-нгидраза при септических заболеваниях, в кн. Экспериментальная медицина, М., стр, 145—158, 1944,

Крепе Е. М. и Чепыкаева Е. Ю., Дыхательный фермент, угольная ангидраза и его значение в диагностике сепсиса, в кн. Военно-медицинский сборник, в. І, М.—Л., Академия наук СССР, стр. 14—38, 1944.

Крине-ва Р. И., Пролежневый сепсис, в кн. Сборник научных работ Киевского окружного военного госпиталя, в. 2, Киев, Госмедиздат, стр. 44—49, 1945.

Кричевский А. М., Новый эффективный метод применения сульфамидов для лечения инфицированных ра-н и раневых остеомиэ литое, Врачебное дело, декабрь, 1944.

Ксендзовский М. И., К вопросу о профилактике столбняка, Хирургия, 4, 1943.

Кукин Н. Н„ Лечение огнестрельных ран, осложненных анаэробной инфекцией. Архив биологических паук, 62, 1, 4, 1941.

К у и а к о в К- А., Лукьянова М. Р., К вопросу о местном столбняке, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 н лечебных учреждений армий, в. 9, Л., стр. 11—15, 1943.

Кус л ик М. И., Диагностика и лечение анаэробной инфекции, в к и. Медицинский сборник, № 1, б. м., стр. 2—7, 1942 {РЭП-95).

К у с л и к М. И., -Краткая инструкция но лечению анаэробной инфекции, в кн. Медицинский сборник, № І, б. м., стр. 38—39, 1942 (РЭП-95).

Кучинский Л. И„ Некоторые биохимические сдвига в крови при местной и обшей гнойней инфекции, в кн, Сеспис при огнестрельных ранениях, Молотов, стр. 64—72, 1945,

Лебедев, Газовая инфекция по материалам М-ского госпиталя. Протоколы научного совещания врачей госпиталей М-ского фронтового ЭП, ВСД, 1—2, 1942.

Леаанюк С, Р,, Лечение газовой инфекции, в кн. Сборник работ госпиталь ной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 189—198, 1945.

Левин А. С„ К вопросу о столбняке, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, стр. 146—150, 1945.

Левин О. А., К методике оперативного лечения анаэробной инфекции. Доклад в хирургическом обществе им. Пирогова 1.IX. 1944 г., Вестник хирургии им. Грекова. 65, 1. 1945.

Левин О. А„ Клиническое понятие об анаэробной инфекции и уточнение ее диагностики, Вестник хирургии «м. Грекова, 6, 1944.

Левников М. Н., Газовая гангрена, в кн. Труды 1-й хирургической конференции М-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 378—382, 1943.

Левитов Н. Н., Зелевинская С. А. и др., Получение больших количеств сывороток антитетани ческих и анттаперфрингенс методом реинфузии эритроцитов, в ки Труды 6-го всесоюзного анаэробного совещания, М., стр. 5—10, 1941.

Л е й ф е р Л. Я-, Новая методика профилактики гангрены конечности при операциях перевязки крупных сосудов, Хирургия, 5, 1945.

Леонтьев И. Ф., Новое в токсине столбняка, Природа. 4, 1944.

Ле л у кал я А. Ф., Клиника и терапия газовой инфекции. Хирургия, 10, 1942.

Лепукалн А. Ф., Совещание по раневым инфекциям, созванное Ученым медицинским советом НКЗдрава СССР 25—29.711.1943. Отчеты, Хирургия, 2, 1944.

Л е п я х о в П. В., Переливание крови при обшей гнойной инфекции, в кн. Труды Кубанского государственного медицинского института им. Красной Армии, в. 12, Краснодар, стр. 90—106, 1941.

Либов С. А., Сосудистая форма анаэробно!) инфекции, Хирургия, 6, 1944.

Лихтентул М. А.. К вопросу о лечении анаэробной инфекции, Здравоохранение Казахстана, 5—6, 1945.

Л о и ш а к о в а 3. А.. Раневой сепсис, в кк. Труды 2-й научной конференции врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 327—330, 1944.

Львов А. И., Газовая инфекция. Докторская диссертация, б. и., 219 стр. с нлл., 1943. Библиогр. (Отпечатано на пишущей машинке).

Мака ш в ил и Е. и др.. Аэробная микрофлора раневых инфекций, в кя. Фаготерапия раненых в условиях эвакогоспиталей. Тбилиси, стр. 54—65, 1942,

Малинин А. И., Профилактика и лечение селсиса, Здравоохранение Казахстана 6, 1943.

М а м а м т а в ри шв и л и Д. Г., Патогенез, клиника и лечение раневого сепсиса, в кн. Труды 2-й научной конференции врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 278—294, 1944.

Мануйлов А. И., К вопросу о столбняке военного времени, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей, М., Медгиз, стр. 87—94, 1942.

М а и ь к и н Н. Ф., К вопросу о сепсисе и раневом истощении, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, стр. 85—94, 1945.

Матвеев К. И., Быстрая диагностика газовой гангрены методом коиьц±преципитации. Сообщение 1 -е. Приготовление специфических прении нт ирующнх сывороток. Журнал микробиологии, эпидемиологии я иммунобиологии. 10—II, 1941. Библиогр.

Матусов П. М., Два случая менингококкового сепсиса, ВСД, 4, 1911.

Матусов М. Б., Объективные критерии и их значение в клинике и терапии гнойной инфекции, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 6, 1944.

Милославский М. Г., Лечение анаэробной инфекции в ППГ первой линии, в -кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., Медгкз, стр. 174—175, 1944.

Милославский М. Г., Матер палы о сравнительной оценке лечения анаэроб ной инфекции по методу Дудко в ППГ 1-й линии, Хирургия, 6, 1944.

Мельников А. В., Клиника газовой инфекции огнестрельных ран, М., Медгиз, 183 стр., 1945.

Мельников А. В.. Клиника септических осложнений огнестрельных ран, М Медгиз, 180 стр,, (943; Хирургия, 5, 1944.

Мельников А. В., Об анаэробной инфекции огнестрельных ран, Фельдшер в акушерка, 4—5, 1944.

Митарновский В. М., К вопросу о механизме действия антивируса чю Без редке при газовой гангрене, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 6, 1944.

М и х и о в С. С., Клиника анаэробной инфекция (по материалам Ы-скот о хирурги ческого полевого подвижного госпиталя), ВМЖ, март—апрель 1944.

Мищук Н. Н.. Светочувствительность кожи к УФ лучам при введении внутрь стрептоцида при раневой инфекции, в кн. Сборник научных работ института за второй год Отечественной войны. Л., стр. 169—176, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

■М от и л ь и и ц к и й Б. Н., Материалы к патогенезу так называемых «раневых истощений», Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 18, 12, 1944.

М о г и л ь н и ц к и й Б. Н„ Раневая интоксикация (токсндемня). Клиническая медицина, 3, 1944.

Моргунов В. Н., Роль антибактериального иммунитета в патогенезе столбняка, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, -10—11, 1941.

Морозенко М. А., Применение стафилококкового бактериофага при экспериментальной газовой гангрене, в кн. Сборник научных трудов, в. 2, Л„ стр. 415—422. 1942 (Ленинградский красноармейский военный госпиталь).

Морозенко М. А. и Кирринова О. П.. Действие растворов сульфидина на микрофлору газовой инфекции, в кн. Труды 2-й терапевтической конференции РЭП-95. Вологда, стр. 461—468, 1943.

М о ш к о в с к и й Ш. Д., Применение сульфамидных 'Препаратов для профилактики и терапии раневых инфекций, ВСД, 8, 1941; Фельдшер и акушерка, 9, 1941.

Мушкаткн В. И., Левосторонняя резекция по поводу слепого осколочного ранения, осложненного тяжелой газовой гангреной, -Вестник хирургии им. Грекова, -г. 65, 2, 1945

(Продолжение следует)

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ ОБЗОР

Тйе МНИагу Зиг^еоп, V. 97, М 3—6, 5ер1егоЬег—ВесешЪег, 1945

Военный врач (США), 1495, т. 97

№ 3, сентябрь

V/. Л. 8 й а V. Использование медицинских частей и учреждений «ри десантной онерации в юго-за-падном районе Тихого океана, стр. 177—184, 6 рисунков.

Описание организации медицинского обслуживания крупной десантной операция.

Е. Н. Н а г г 8 апб К. Н. А Ь г а 11 а т в о п. Два года борьбы совместно с гражданской медицинской организацией с венерическими заболеваниями военнослужащих, стр. 184—190, 1 рис.

Благодаря сотрудничеству с гражданскими медицинскими учреждениями оказалось возможным выявить источник заражения венерическими болезнями в 79,1*/» случаев. Обращает на себя внимание, что среди женщин, явившихся источником заражения, 44,1?/о значились по данным ■предварительных осмотров «незаряженными».

Ь. 8. Р 11 с й е г апб О, Е. Мабеаи. Внебрюшинное закрытие колостомии. Сооб щение о (5 случаях, етр. 190—198, 6 рис. Приведена литература—5 номеров.

Описание успешно применявшейся методики. Вкратце изложены 15 случаев операции.

,1. С- Р 1 с к е I1. Распознавание и лечение внутренних повреждений коленного сустава, стр. 198—20.3. Приведена литература — 4 номера.

Описание практических приемов распознавания и лечения. Автор — сторонник консервативного лечения указанных повреждении.

Л. 6. Ко$1гиЬо1а. Пересадка кожи, стр. 203—208. Приведена литература — 8 номеров.

Краткий исторический очерк применения пересадки кожи. Описание различных способов этой операции. Рассмотрены различные факторы, -влияющие на успех операции.

М. С. М с Е а г I а п б. Гипертония в постоянном военном госпитале, стр. 209—215. Приведена литература — 8 номеров.

Клинический анализ 113 случае® гипертонии, наблюдавшихся среди 2 685 тщательно прослеженных больных. Из ИЗ гипертонических больных '43 были уволены с военной службы.

8. Н. 81 *и* г % 1 а. Наблюдения по физиологии и обмену веществ при тяжелых ожогах и лечение обожженных, стр. 215—224. Приведена литература — 37 номеров.

Различаются 4 стадии состояния тяжело обожженных: фаза шока, фаза повреждения внутренних органов, фаза сепсиса и фаза нарушения питания. Рассмотрено лечение во время каждой из указанных фаз.

Л. 8. Т г а V > 8. Наблюдения над «нарывом джунглей», стр. 224—225.

Описание часто наблюдаемой в тропиках своеобразной пустулы, образующейся преимущественно в подмышечной и паховой области. Успешное лечение разрезом и обеззараживающим раствором зефнрана.

I. I, ЬоЬоше. Дерматозы, часто наблюдавшиеся на итальянском театре военных действий, етр, 225—232, Приведена литература — 8 номеров.

Чаще всего наблюдались: чесотка, эпидермофитозы и эпидермофитиды (вторичные болезненные явления на коже при наличии ■ первичного очага эпидермофнтоза), пиодермии и последствия .укусов насекомых. Указано 'применявшееся лечение.

Р. к. Веек. С армией на острове Окинава, стр. 232—234.

Очерк организации работы полевого госпиталя с приданным ему нейрохирургическим отделением.

Сообщение Военно-санитарного управления армии США. Перераспределение г-увольнение офицеров медицинской службы, стр. 234—241.

Редакционная статья (Л. М. Р.). 170-летияя молодость, стр. 242—243.

Краткий очерк возникновения и развития Военно-санитарного управления армии США, учрежденного 170 лет назад.

№ 4, октябрь

Л. 8. Зч'еепеу. Клиническое значение кровяного давления, стр. 265—271, б диаграмм. Приведена литература — 8 номеров.

Гипертоники и гипотоники представляют собой два совершенно различных типа-людей. Они имеют различные физические свойства. Гипотоники чаще болеют туберкулезом и пептической язвой.

Ь. Ь о п ? е г ап<1 Л. -Н. Н и с1 с11 е з о п. Результаты лечения электрошоком 150 психических больных, стр. 271—277. Приведена литература —14 номеров.

Применялся преимущественно способ Л. Б. Калиновского. Из 125 случаев бетепНа ргаесох значительное улучшение было в 21 случае, некоторое улучшение — в 19 случаях. Если заболевание продолжалось дольше 24 месяцев, улучшения не наблюдалось.

К. А. І в к е Г. Молочные продукты в войсковом рационе, стр. 277—282, 1 диаграмма.

Обзор снабжения войсковых частей свечкими и консервированными молочными продуктами.

М. М о о г е. Повторные кошмары. Простой психотерапевтический прием, стр. 282—285.

Н. А. В а г и е з. Наблюдения по хирургии во фронтовой зоне, стр. 285—288.

Рассматриваются вопросы обезболивания, применения плазмы и серум-альбумина, ранений грудной и брюшной полости, применения сульфамидов и пенициллина, заживления ран. Рекомендуется внутривенное введение морфина.

В. Т. П а п 1 е 1 8 апс1 СИ. Н. XV 11 з о п. Обзор жалоб на боли в ногах при марше, стр. 306—312, 2 диаграммы. *

Обзор наблюдений за 3 696 участниками маршей.

Л. Р. С а з е у. Проблема дисциплины в невролсихиатрическом военном госпитале, стр. 312—317.

XV. А. Ватте! ♦. Предоперационное лечение шока гипертонией при боевых ранениях, стр. 317—321.

Подчеркивается важное значение введения плазмы или крови раненым, хотя бы у них после кровопотери кровяное давление оставалось нормальным вследствие спазма сосудов.

М. К о у е г е. В Г анти принимают меры к искоренению заболеваний явс, стр. 321—322.

Краткое описание борьбы с инфекционной болезнью явс.

Н. Н. Ке5$(ег. О целях ампутаций, стр. 322—324.

О. XV. В г и п е г. Виды бактерий салмонелла, встречавшихся на Средиземноморском театре военных действий, стр. 324—327. ■

Анализ 685 культур, выделенных от 597 больных. Обнаружено 29 видов салмонелл.

А. В- Р 1 а 11. Что означает степень плоскостопия? Стр. 327—330. Приведена литература—18 номеров.

При распознавании плоскостопия следует, независимо от клинического характера заболевания, дополнительно обозначать: рея р1апиз, симптоматическая, асимптоматическая.

Р. Л. ВаскЮп. Медицинская часть в бою, стр. 330.

Краткая заметка об успешной деятельности -военно-санитарных работников вс время боев.

Редакционная статья (Л. М. Р.). Хирургия грудной клетки в военное время, стр. 331—332.

Краткий очерк.

№ 5, ноябрь

РИ. Т й у г е э о п. Распознавание и лечение трахомы, стр. 35.5—361. Приведена литература — 7 -номеров.

Анализ 19 случаев трахомы у военнослужащих. Успешное лечение сульфамидами —из 18 леченных -выздоровело 17 человек.

V/. С, Воь-п. Боли в животе и объяснение их, стр. 361—365.

Характеристика висцеральных « перитонеальных болей. Обзор заболеваний, вызывающих боли в животе.

к. Ь. Гги1п, Крипторхизм, стр. 365—369, 2 рис. Приведена литература — 16 номеров.

Обзор 113 случаев. Описал новый метод хирургического вмешательства.

Н. Е. 81 т о п. Мышечная грыжа, стр. 369—374, 6 рис. Приведена литература — 4 номера.

Описание 6 случаев грыжи мышц предплечья и голени.

3. 3. В е б г 1 с к апб 8. А. 2 а тч а <1 г к I. Злокачественная синовиома. стр. 374—377, 2 рис. Приведена литература—13 номеров.

Клиническое описание одного случая.

Л. Н. НаГпепзсЬІе!. Атипичная .пневмония, стр. 377—380.

Сообщение о 22 случаях первичной атипичной пневмонии, наблюдавшихся зимой 1944/45 г. средн военнослужащих а Индии. Краткое клиническое описание 2 случаев.

М. Ё. Зпубег, С. Ь. КтеНп зпб Л. \У. СИ г15 4о рЬ е гзо п. Эффективность н.итрофурана при лечении инфицированных ран. Предварительный отчет, стр. 380—384. Приведена литература — 13 иомеров.

Показаны данные лабораторного исследования и клинического наблюдения 10 случаев.

Ё. 8. Ы р $ с 1> и I г. Фон, на котором возникают психоневрозы военнослужащих, стр. 384—388. Указан один литературный источник.

Автор приходит к заключению, что для 'понимания психоневрозов военнослужащих необходимо учитывать:]> психодинамику жизни -в войсковой части, 2) картину самого расстройства, 3) историю болезни со всеми травмирующими моментами и предрасположениями.

3. Ь. М *о* г г о *V.* Лечение в военном невро-психиатрическом госпитале, стр. 388—394.

Общий обзор лечения невро-психических больных в постоянном военном госпитале во внутренней зоне. За 1943 г. зарегистрировано: выздоровлений — О.3Р/е, улучшений — 48,3'/о, без улучшения — 50,6,°/»; заболевания не обнаружено — О.Я'/о.

XV. А. В а г г е 11. Двустороннее повреждение грудной клетки вследствие сдавления. стр. 394—396.

Описание одного случая тяжелого двустороннего повреждения .костей грудной' клетки и обоих легких вследствие прижатия пострадавшего грузовиком к дереву. Смерть через 19 часов.

С. 8. ВеН. Детали проекта улучшения гигиенических условий столовых, стр. 396—399, 6 рис.

В. Н е ле ш а пп. Оборудование для опрыскивания и опыления препаратами ДДТ, стр. 399—402, 7 рис.

Описание приспособленИй и пользования ими.

Т. М. [)ои'п$. О нормальной печени и ленкековском циррозе печени, стр. 405—418, 1 микрофотограмма, 1 диаграмма. Приведена литература — 28 номеров.

Обзор анатомии, гистологии и физиологии печени. Детальное описание 2 случаев цирроза печени. Обсуждение вопроса о внутривенном применении при циррозе печеночного экстракта. Сообщение об опытах, доказывающих наличие в моче иирротиков анти диурезного вещества. Это вещество может быть фактором скопления асцитической жидкости.

Редакционная статья (3. М. Р.). За отечество, стр. 419.

Об убитых в бою, умерших от ран, пропавших без вести, взятых в плен и раненых военно-санитарных работниках армии США.

№ 6, декабрь

Официальное сообщение. 204-й постоянный госпиталь в Г уаме, стр. 441—449, 5 рис.

Очерк организации н деятельности госпиталя *в* течение 3 лет в тропиках.

Е. Й- Ьоп^. Туберкулез в германских лагерях военнопленных, стр. 449—450.

Указания общего характера на значительную заболеваемость туберкулезом и немецких лагерях.

Н. А. Со Поп. О восстановлении годности к военной службе невро-психических больных военнослужащих, стр. 450—455. Приведена литература — 3 номера.

Рассматривается программа, разработанная Воен но-санитарным управлением армии США для установления единообразия в трудном деле восстановления годности к военной службе невро-психических больных. Указаны 5 различных отделов, каждый из которых работает под непосредственным руководством специально подготовленного медицинского офицера, а именно: отдел физической подготовки, отдел воспи тания, отдел трудотерапии, отдел культурного отдыха н музыкальный отдел.

3. К. Мог та л. Хроническая менингококкемия, сгр. 455—457. Приведена литература — 5 номеров.

Клиническое описание одного случая.

СИ. XV. МсЬаикЬНп. Лечение острых растяжений связок инфильтрацией прокаина, стр. 457—460.

Наблюдение 54 случаев растяжения связок голеностопного сустава, леченного» введением 20 см' 1% раствора прокаина во все болезненные части. В некоторых слу-

чаях через сутки производилось вторичное пропитывание раствором прокаина. Излечение 51 больного; в 90,'/« излеченных случаев было достаточно однократной инъекции.

К. С. С11 е з. Случай рассечения аневризмы бедренной артерии невыясненной этнологии и необычной симптоматологии, стр. 460—462.

Описание случая, окончившегося выздоровлением.

Л. Л. XV е 1 з 8. Камптокормия, стр. 462—474, 3 рис. Приведена литература — 20 номеров.

Разбирается вопрос об этнологии, симптоматологии и лечении этого заболевания. Клиническое описание 5 случаев.

Н. С. 8апб1ег. Зубная боль при низком атмосферном давлении, стр. 475—477. Приведена литература — 5 номеров.

При испытаниях в барокамере на «высоте» 11 400 м у 60 человек возникала зубная боль, в 80,'А, случаев—в верхней челюсти. В 26 случаях боль обусловливалась раздражением луль-лы, в 18 случаях — синуситом. Рекомендуется при лечении зубов избегать перегревания бора и для защиты пульпы помещать под металлическую пломбу теплоизолирующую прокладку.

Л. XV е 1 з Ь е г *ё.* Менингококкемня, стр. 478—485, I рис., 2 диаграммы. Приведена литература — 13 номеров.

Клиническое описание 4 случаев -различного характера.

К. М. В г а б 1 е у. Аневризма ладонной артерии, стр. 486—489, 5 рис. Приведеяа литература — 8 номеров.

Детальное описание одного случая острой травматической аневризмы, сопровождавшейся трофическими изменениями У-го пальца больной руки. Излечение оперативным путем.

О. Р. Н е V 8 о п. Ядовитость прокаина, стр. 489—492. Приведена литература — 8 номеров.

Описание тяжелого, почти смертельного, отравления после инъекции 10 см* 1% раствора прокаина при производстве блокады звездчатого, узла.

А. А. М а ■ з 1 е п. Борьба с венерическими болезнями в батальоне, стр. 493—498.

Описание организации профилактики венерических болезней в войсковой части, обзор и анализ 916 ответов военнослужащих части по специально проведенной анкете. Вопросы анкеты: сколько было за прошлый год внебрачных половых сношений? Всегда ли применялся кондом и нет ли возражений против -пользования им? Всегда ли обращались на профилактический пункт? Всегда ли пользовались индивидуальным профилактическим пакетом? Считаете ли кондом достаточным предохранителем? Умеете ли пользоваться индивидуальным Пакетом? Что вы считаете наилучше демонстрирующим опасность венерических болезней — беседы, плакаты или кино? Какие возражения имеются против индивидуального профилактического пакета? Есть ли возражения против профилактических пунктов? Какие имеете конкретные предложения?

XV. 8 1 т о п. Значение музыки при лечении психических больных, стр. 498—500. Приведена литература — 5 номеров.

Общий очерк значения музыки как терапевтического средства.

Л. С. С а 8 Ш1 о апб Н. А. 8 41Г Г. Определение содержания в -воде ДДТ (дихлордифенилтрихлорэтана) посредством раствора ксантгидроля в пиридине, стр. 500—520. Приведены два литературных источника.

Описание методики исследования воды (пресной и морской) -на -присутствие в ней ДДТ в количестве от 0,1 до 4 частей на 1000000.

К- М. Ыррег1. Импровизированный стол для лечения переломов, стр. 503—504, 3 рис.

Описание стола, построенного из -специальной рамы, имеющейся на снабжении американской -медицинской службы.

Л. й. Мах\уе11, Внеполовое заражение сифилисом, стр. 505—506, 1 рис.

Описание одного случая, когда первичная язва образовалась возле края нижней губы, пораненной зубами больного -сифилисом при случайном столкновении.

Н. Е. 81т о п, Повреждения вследствие ношения на пальце кольца, стр, 506—508, 2 рис.

Приведены 4 случая повреждений пальца ру^и, на котором носилось кольцо; в одном случае палец был оторван с переломом фаланги.

Обращено внимание на необходимость снимания кольца перед работой.

XX'. Е. С11 з о п. Новый прибор для определения локализации металлических инородных тел, стр. 508—512, 4 рис. Приведена литература —7 номеров.

Описание устройства и применения в 3 случаях портативного аппарата, дающего возможность определить положение как магнитных, так и немагнитных металлов.

XV. С. В а 8 о ш. Компактный стерилизуемый ящик для костных пластинок, винтов и болтов, стр. 513, 1 -рис.

Описание небольшого ящика из нержавеющей стали с многочисленными отделениями и крышкой.

Доктор медицинских наук Л. М. Старокадомский

★

РЕФЕРАТЫ

Геяера.майор мех службы проф
I. Е. Болдырев и кап»
мех наук В. И. Вашков.
О токсически* свойствах
ДДТ..... 44

БИБЛИОГРАФИЯ

Иоаковник мед. службы И. Д. Ма-
каров. Библиография по во.
евной медицине за годы Ве-
ликой отечественной войны
(1941—1943)..... 56
Доктор мед- наук Л. М. Старо*
««допекай. Библиографи-
ческий обзор иностранных
журналов..... 6)

АБ5ТЯАСТ5

Ма]от*Оепега1 о! Ме<Нса1 ХегПсе
РгоЕ Т. Е. В о) <1 у г е V алД
СапйкЫе о(Ме<Нса1 8с1епсе$
V, Т. V а в Ь к о V. Оп Т«х1сНу
о! ВОТ..... «

В1Ви00КАРИГ

Со1опе1 о! МеЖса! 8егу1се1. О.Ма-
ка го у. В1Ъ1ю^гар11у он ЧГаг
МесНопе ШтоиоНои! «ре Раню-
Нс Шаг 1941-1945 (СопМввеб) 55

Оос1ог о! МегНса! 5с1еасев
к. М. Зкасокабошвку.
5сЬог1 Деу1е« о(Нде Рогова
РелоЛса1з..... 61

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

5

МАЙ

МЕДГИЗ · 1947

СОДЕРЖАНИЕ

■ *1ЕЧЕБНО.ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ -*

Подполковник мед. службы Я- Б. басни. Огнестрельные ранения крупных суставов верхних конечностей . . .. ъ

Проф. М.Я. Серовский.О последующих психических изменениях после военной травмы черепа и их лечении..... 7

Лк-йор мед. службы капд. мед. наук И. И. Булыги и. Опасность чревосечения при гнойных тонзиллитах и гнойных заболеваниях верхних дыхательных путей..... 12

Напитан мед. службы М. С.Намич е й ш в и л и. Об уплотненном курсе лечении первичного сифилиса..... 13

Капитан мед. службы А. П. Г ололобов. К вопросу об анестезирующих свойствах сернокислой магнезии..... 15

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Подполковник мед. службы Н. Г.
■ Гольдберг. Рациональная организация водолечебниц Советской Армии 20

Манор мед. службы И. Л. Коротков. Бихроматный способ определения витамина С в настоях.....32

ОБМЕН ОПЫТОМ

Подполковник мед. службы А. А. . Шапошников. .Мероприятия по уменьшению боевых потерь личного состава торпедных катеров 35

Инж.-подполковник канХ техн, наук В. М. Царьков. Ремонтное обслуживание полевой санntарпой техники в период Отечественной войны и очередные задачи по организации ремонтного дела..... 42

Майор мед. службы И. Л. Коротков. Воздушно-паровой холодильник 46

ИЗ ИСТОРИЙ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Засл. деят. науки проф. Л. М. Р *ос*с ний с к и й. Первая морская :'.:ткопея..... 49

СОМТЕМТ8

МЕОВ:А Е-РЕОРНУЕА Х18 ООЕ5Т/ОН8

Б1еи1епап1-Со1спе1 о(Же Мей 1с а! 8егу(се У. В. Ваз1п. Оипз1ю1 БезЮпз о! Же В18 1о1п»з о(Же Цррег Ехкетшез..... 3

РгоБ М. У. 5 е г е у 8 к у. Оп Же. 5иЬзециеп1 РзусЫс Сйапаея Ео1-1оштк ДУаг Типе Тгашпа о! Же СгаШищ ап4 ТЬетг Тгеаплепг . 7

Ма]ог о! Же МеЖса! 8егуке. СапЖ о(МеЖ 8с. I. 1. В а 11 е 1 п ТИе Папист о! Барагоюпна ш Ригп1еп1 Топв1ШП5 апйРипйеп! О1зеазез о! Же Цррег Йезр1га-1огу ХУауя..... .12

СарЫп о! Же М.ебка1 ЗегУке М. 5. М а т 1 с |) е 1 з11 V Л 1. Оп Же 1п1епмуе ТгеайпеЫ о! Рлтагу 5урйШ$ . . , . ,..... 15

Сарит о(Же МеЖса! ЗегУке А. Р. ОО1О1ОЬОУ. То Же ОиезИоп оп Же АпаезЖеПгте РгорегНез о! Ма&пез1ит 8иИиг1сит ... 1&

ОЦЕЗТЮЫБ ОЛ' К АК Н УСПЕХЕ

Иеи(епап(-Со1опе1 о! Же МеЖса! Зегуще М О. О о 1 а Ь е г К Йопа! Ог^аШдаНоп о{ Же НуЖо-раЖкя о! Же 8оу]е! Аплу . . 20

Марг о! Же МеЖса! 8етсе 1. Б. К о г о * к о V. Тке ВюкгопНс МеNо<1 о! УИатже С Ое(ег* пНпажш 1п 1п(и$10пя.....32

ЕХСНА ИСЕ ОР ЕХРЕР/ЕКСЕ

1_1еи(епа1ЖСо1опе1 о! Же МеЖса! 8егч1се А. А. 8ЬарозНп1коу. Меазигез !о ОпгНшЖ Же ВаЖе Бозяез о! Же ТогрсЖз Си Пег Сгеуу.....36

Еп^кеег Е|еикпап1-Со1опе1 СапЖ о(Теск. 8с. V. М. Т з а г к о V. КесопЖиоп 8егУ1сео(Г1еШ 8апКагу Тескпкз о(Же АсПуе Аплу а! Же Репой о(Же Ра(ПоНе «аг ап4 Же РгоЬ|ешз \ех(т Тигп оп Же Ог^аШгаНоп . . 42

Марг о| Же МеЖса! 8ету1се I. Б. К о г о I к о *. А1г-8(еат ЯеМ^егаЮг 46

/РОМ ЕНЕ Н/ЗТОРУ ОР МЕО1С/НЕ

Тке Нопогагу РюшЖег 5с<епсе Рго1. Б. М. К о з в I) з к у. ТЪе Р1гз1 Мауа! РНа ста серое* а..... 49

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Ответственный редактор
генерал-полковник медицинской службы Е. И. СМИРНОВ

Ответственный секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы | Н. Н. БУРДЕНКО },
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С, ГИРГОЛАВ,
генерал-лейтенант медицинской службы И. И. ЗАВАЛИШИН
генерал-майор медицинской службы Ф. Г, КРОТКОВ,
генерал-майор. М. И. РЕДЬКИН

5

МАЙ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ —19 47 —МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

И, о. отв. редактора *Н. И. Завалишин* Техн, редактор А *Ф. Аксенов*

Издается с 1823 г. *АО3937* Сто в прэизамстио 16/1У 1947 г. Подп. к печати 4/У1 1947 г. Форм. бум. >0Х ЮВ'/ц. П. л. 4,0. Уч.-изд. л. 6,6. В 1 печ. л. 69 000 зн.
Тир. 8800 экз. Цена 2 р. Заказ 215

13-я тип. треста .,Полиграфкиига* ОГИЗа при Совете Министров СССР ' '
Москва, Денисовский, 30 4

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Подполковник мед. службы Я- Б. БАСИН

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ [1]

С З.Х1.1944 г. по 10.1.1945 г. через госпиталь прошел 381 человек с огнестрельными ранениями крупных суставов верхней ■конечности,'[1] что составляет 15,6% к общему числу раненых, прошедших за этот период. Более высокий процент повреждений верхних суставов сравнительно с данными других авторов объясняется специальным профилем госпиталя.

Раненых с повреждением (плечевого сустава было 139, локтевого — 165 и лучезапястного — 77. Характеристика повреждений дана в табл. 1.

Таблица 1

Название сустава	Всего случаев	Уо к обще* му числу раненых	Ранение					
			осколк* ком	пулей	слепое	сквоз- ное	прони- кающее	непро- никаю- щее
Плечевой	139	36,6	87	52	69	70	92	47
Локтевой.....	165	43.3	112	53	66	99	132	33
Лучезапястный.....	77	20,2	23	54	15	62	65	12
Всего ...	381	100	222	159	150	231	289	€2

Сложность анатомического строения суставов и наличие ® них заворотов и слизистых сумок являются условием, .при котором попавшая инфекция склонна к распространению. Ранения суставов относятся к числу тяжелых, что (послужило поводом еще Ларрею признавать широкие показания к ампутации конечностей.

История лечения огнестрельных повреждений крупных суставов прошла ряд этапов: консервативный метод — глухими гипсовыми повязками (Пирогов, Бергман), артротомии с промыванием полости сустава антисептиками и дренажем (Грей, 1915) и резекции суставов (Перси, Бодан). К началу Отечественной войны определенного метода лечения огнестрельных ранений суставов не существовало. Применяли как первичную резекцию, так и сугубо консервативное лечение. В конце 1942 г, конференция хирургов Москвы и области высказалась -за активное хирургическое вмешательство, что предупреждает развитие сепсиса, снижает процент ампутаций и смертность. .

Из наших 381 случая ранений крупных суставов верхней конечности оперативному вмешательству .подверглись 125, что составляет 32,5%; 256 (67,5%) лечились консервативно.

' Печатается в порядке обсуждения. Род.

Консервативное лечение проводилось у раненых в основном с пулевыми или мелкоосколочными ранениями, с небольшими костными повреждениями суставных поверхностей, с небольшой раной, открывающей полость сустава, протекающими без •выраженных явлений осложнения. В подобных случаях мы, как правило, при повреждениях плечевого или локтевого сустава накладывали торако-брахиальные бесподкладочные глухие гипсовые повязки; при повреждении лучезапястною состава — циркулярные гипсовые повязки до средней трети плеча.

Оперированные нами 125 человек распределяются по возрастному составу следующим образом: до 25 лет было 57 человек, 25—30 лет — 26, 30—35 лет — 29, 35—40 лет — 8, свыше 40 лет—5 человек.

'Показанием к оперативному вмешательству служили случаи с обширной открытой полостью сустава, с большими костными повреждениями суставных концов, с повреждением диафизов костей и трещинами, заходящими в полость сустава—случаи, осложненные в большинстве эмпиемой. Из 125 указанных раненых в госпиталь доставлено совершенно не обработанными на предыдущих этапах 69 человек, подвергшихся хирургической обработке — рассечению раны — 56 человек.

По давности ранения до 'поступления в госпиталь и срокам оперативного вмешательства со дня поступления в госпиталь раненые распределяются так:

Таблица 2

Сроки	Дни							
	1—3	3—6	6—9	9—12	12—15	15—18	Более 18	Всего
Давность ранения до поступления в эвакогоспиталь .	—	—	49	40	24	7	5	125
Срок операции после поступления в эвакогоспиталь .	35	52	20	11	4	2	1	125

Из табл. 2 видно, что в основном раненые поступали в госпиталь в сроки от 6 до 15 дней после ранения и подвергались оперативному вмешательству в подавляющем большинстве в первые 6 дней после по сгупления в госпиталь. 84 человека оперировались в остром периоде с высокой температурой, общим тяжелым состоянием и наличием в большинстве случаев эмпиемы. Остальные 41 человек оперировались в сравнительно спокойной стадии, при наличии обширных костных разрушений суставных поверхностей.

Из 125 операций 28 падает на 'плечевой сустав, 82 на локтевой и 15 на лучезапястный. Характер операций отражен в табл. 3.

Таблица 3

Название сустава	Резекция	Ампутация	Артротомия	Активная обработка	Всего
Плечевой”.....	26	—	2	—	28
Локтевой.....	76	3	—	3	82
Лучезапястный . . .	*я*	5	—	2	15
Всего ...	ПО	8	2	5	125

Во время операций на плечевом суставе повреждение одной плечевой кости встретилось во всех случаях, а в 7 из них оно сопровождалось (повреждением ключицы и лопатки. На локтевом суставе плечевая кость была повреждена в 56 случаях, локтевая — в 28, лучевая —>в 24 и комбинированное повреждение костей, т. е. плечевой и костей предплечья, встретилось в 49 случаях. На лучезапястном суставе повреждения костей предплечья были в 7 случаях, костей запястья — в 12 н костей пясти — в 6; комбинированных повреждений было 11.

Артротомия -произведена в 2 случаях слепых ранений плечевого сустава с наличием инородных тел и незначительными костными повреждениями.

Активная хирургическая обработка сделана в 5 случаях поражения лучезапястного сустава, где повреждена была только одна из костей предплечья. Активная обработка заключалась в расширении раны, удалении всех свободно лежащих костных отломков и некротических тканей.

Ампутации производились -по поводу обширных разрушений суставных поверхностей и диафизов костей при наличии общего тяжелого состояния. Всего сделано 8 ампутаций, из них 3 при повреждении локтевого сустава и 5 — лучезапястного.

Резекций сделано ПО. Таким образом, основным хирургическим 'мероприятием при повреждениях крупных суставов верхней конечности явилась резекция.

По размерам удаленных суставных поверхностей все резекции нами были условно разбиты на три группы: 1) обширные резекции при больших костных повреждениях суставных поверхностей с конечным диастазом после операции до 15 см, таких резекций было 12; *2)* резекций средней величины с конечным диастазом между отрезками костей до 8 см —66 случаев; 3) экономные резекции, где дело касалось только удаления суставных поверхностей на протяжении 1,5—2 см—32 случая.

Принимая во внимание, что резекция является наилучшим дренажем сустава при всей сложности его анатомического строения и биологических особенностях и учитывая, что функционально недостаточная верхняя конечность всегда лучше, чем отсутствие ее или протез, мм прибегали и к таким обширным резекциям, когда костный диастаз достигал 15 см.

Разрезы для резекций суставов в большинстве случаев проводились нами через раневое отверстие: для плечевого сустава по наружно-задней поверхности его, для локтевого по задней поверхности и лучезапястного—по тыльной. Из раны удалялись все свободно лежащие костные отломки, все некротические ткани, иссекалась капсула, спиливались суставные поверхности костей, после гемостаза рану засыпали белым стрептоцидом. В отдельных случаях -на рану накладывались 2—3 направляющих шва. Конечность укладывали во временную гипсовую лонгету, принимая во внимание неудобство наложения торако-брахиальной повязки раненому, находящемуся под наркозом. Постоянная тора-Ко-брахиальная глухая бесподкладочная гипсовая повязка после операции на плечевом или локтевом суставе накладывалась на 2—3-й день[1]; на лучезапястном суставе циркулярная гипсовая повязка до средней трети плеча накладывалась непосредственно после операции.

При наложении глухих гипсовых повязок в отдельных случаях швы, наложенные на рану во время операции, снимались во избежание -возможных гнойных затеков. Повышение температуры не служило противопоказанием к наложению глухих гипсовых повязок; по нашим данным, после такой иммобилизации температура снижается в среднем на 5-е сутки. В послеоперационном периоде, как правило, всем раненым де

[5] С «сдобной отсрочкой глухого гипсования нельзя согласиться. Ред.

далась гемотрансфузия в количестве 500 см^5 каждому, внутривенное или капельное вливание 0,85% раствора стрептоцида по 200—ЗОС см^3,, вливание 5°/о раствора глюкозы или физиологического раствора — по 800 см^3 в течение 4—5 дней после операции. Кроме того, со всеми о 1ерированными ранеными проводилась лечебно-гигиеническая гимнастика.

Обычно на 12—13-й день после операции раненые становил, сь вполне транспортабельными и могли эвакуироваться «а следующие этапы. Дальнейшее наблюдение за этой группой раненых не предо; клялось возможным по условиям работы госпиталя нашего этапа.

Осложнения после операций у нас наблюдались в 16 случаях, что составляет 4,8% к числу всех оперированных. После резекции локтевого сустава было 2 случая анаэробной инфекции, вспыхнувшей на 5-й ш на 6-й день после операции. Оба случая закончились летально, несмотря на произведенную ампутацию плеча сразу же после обнаружения газовой инфекции. В одном случае также после резекции локтевого сустава на 16-е сутки появилось вторичное кровотечение из послеоперационной раны. Была произведена перевязка кровоточащего сосуда в ране, раненый на 25-й день после операции эвакуирован в хорошем состоянии. В 3 случаях после резекции суставов были произведены ампутации (две по поводу резекции лучезапястного и одна локтевого сустава). Причиной ампутации послужило септическое состояние больных при наличии бурно развившейся инфекции в послеоперационной ране. Все случаи закончились благополучно. Таким образом, на ПО резекций произведено 3 ампутации, что составляет 2,7%.

Летальный исход после операций мы получили в 2 случаях (анаэробная инфекция), и если не считать смертность в результате анаэробной инфекции, летальных исходов после операции мы не имели.

Выводы

1. При ранениях крупных суставов верхних конечностей процент подвергнувшихся оперативному вмешательству в нашем госпитале равнялся 32,5.
2. Резекция — основной метод оперативного 'вмешательства при ранениях крупных суставов верхней конечности.
3. Резекции подлежат случаи ранений с широко открытой полостью сустава, с обширными костными поврежден ними суставных концов и диафизов костей, с трещинами, заходящими в .полость сустава, случаи, осложненные эмпиемой.
4. Резекция является наилучшим дренажем сустава, она снижает процент смертности и процент ампутаций.
5. После резекций суставов верхней конечности обязательна равняя иммобилизация: при резекции плечевого или локтевого сустава торако-брахйальная глухая бесподкладочная гипсовая повязка и при резекции лучезапястного сустава циркулярная гипсовая повязка до средней трети плеча.
6. Консервативному лечению подлежат случаи пулевых н мелкоосколочных ранений суставов с небольшими костными нарушениями, протекающие без выраженных явлений осложнения.

Проф. ЛЬ Я. СЕРЕЙСКИЙ

О ПОСЛЕДУЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ПОСЛЕ ВОЕННОЙ ТРАВМЫ ЧЕРЕПА И ИХ ЛЕЧЕНИИ

Из Центрального института усовершенствования врачей и Центрального института психиатрии

Военная травма надолго останется важным и обязательным пунктом анамнеза каждого больного, вне зависимости от формы его болезни. При клиническом исследовании больных каждый врач повседневно встречается с 1необходимостью диференциации ряда органических и психогенных расстройств от поздних травматических страданий. Подобная задача тем более осложняется, что наши клинические знания последствий травматического поражения нервно-психической 'сферы недостаточны, эта область нуждается в дальнейшем изучении, пересмотре и дополнении.

Прежде ©сего надо постоянно иметь в виду, что последствия травмы головного мозга, как проникающие, так и закрытые (контузии, коммоции), обычно не принадлежат к стабильным, неизменным состояниям. Понятие «резидуальное состояние» имеет лишь относительное значение. Чаще здесь встречаются состояния регрессивные, с медленно наступающим улучшением или же медленно прогрессирующие, периодически декомпенсирующиеся, или, наконец, состояния, характеризующиеся своеобразной динамикой дефекта в пнде так называемого развития изменения личности.

В свою очередь последнее может протекать по типу нажитой |«психопатизации» под влиянием перенесенной травмы с последующими легкими органическими расстройствами или как динамика конституциональной психопатии в связи с бывшей травмой. Поздние травматические изменения могут модифицироваться под влиянием присоединившегося алкоголизма, артериосклероза, сифилиса мозга и т. д. Все сказанное свидетельствует о том, что ни одна из существующих в настоящее время классификаций не может удовлетворительно систематизировать существующее многообразие всех <форм поздних травматических расстройств нервно-психической сферы. Наша диагностика этого рода страданий пока что для отображения всех особенностей каждого отдельного случая должна оставаться описательной.

Приводимые ниже факты следует рассматривать в качестве наиболее часто встречающихся типов последующих травматических изменений, в круг которых включены подчас значительно отличающиеся друг от друга патологические состояния.

А. Нажитая в результате перенесенной травмы головы астеническая лабильность

Наряду с многочисленными случаями полного выздоровления после травмы (открытые и закрытые, в том числе воздушные контузии) мозга, нередко наблюдаются ‘больные, у которых в результате воздействия тех или иных внешних причин 'болезненный процесс временно обостряется. Так, под влиянием 'физического 'или психического утомления, душевного волнения, соматического заболевания у перенесших травму мозга развивается астеническое состояние, .ранее (до травмы) им не свойственное. Характеризуется оно обычно крайней раздражительностью, обострением чувствительности ко всем внешним восприятиям, постоянным физически переживаемым чувством внутреннего недовольства, физическим недомоганием, ощущением тяжести в полове, нарушением сна, чувством постоянной усталости, разнообразными вегетативными расстройствами.

Иногда к перечисленным основным явлениям присоединяются симптомы круга истерических — дрожание конечностей, заикание, приступы судорожного плача, кратковременные аффективные расстройства сознания, истерические припадки.

При наличии психиатрической отягощенности или одновременного существования сосудистых изменений (гипер- и гипотония) картина заболевания может соответствующим образом изменяться.

Из лечебных мероприятий в таких случаях прежде 'всего рекомендуется предоставление отдыха с амбулаторным или, в зависимости от тяжести состояния, стационарным лечением, изменение в случае необходимости бытовых и профессиональных условий жизни больного.

Рекомендуется широкое применение общих, а при выраженных вегетативных расстройствах — четырехкамерных ванн. Поливитаминотерапия. Внутривенное вливание раствора глюкозы с раствором магнезии:

а) Кр. 3ой О1исозае 40% 50,0
51ег111зе1иг!
08. По 20—40 см® внутривенно

б) Кр. 3о1. СНисозае 25% 50,0
Ма1Ш ЬгошаН 5,0
81ег111зе1иг!
ОЗ. По 10 см® внутривенно

в) Йр. 5о1. Ма^пезН зи11. 25% 50,0
КакП ЪгогпаН 5,0
81еп1|зе(иг!
ОЗ. По 10 см® внутривенно

Общеукрепляющее лечение

а) Кр. ЗКусЙПЙН пИг1С1 0,0005
На1гП атзеп1С1С1 0,005
1Ча1гН ц1усегорГ|О5р1юг1С1 0,1
Ад. ДезЫП. 1,0
О. I. <1. И. 10 1п ашриШз
3. По одной ампуле подкожно один раз в день

б) Йр. Т-гае Ыис)з уописае 10,0
П8. По 10—15 капель 2—3 раза в день перед едой

в) Кр. 1пзиНш 5,0
ОЗ. По 5—6 единиц 2 раза в течение часа с последующим обильным углеводным завтраком

При гипертонии и расстроенном сне, а также при истерических явлениях:

а) Йр. №(гИ ЬготаН 5,0
1п(. гай. Уа1еге 4,0:200
МОЗ .По одной столовой ложке 3 раза в день

б) йр ЎаМоЙ 5,0
03. По 5—10 капель на сахаре 2—8 раза в день

в) Кр. А<1а1|П1 0,3
КипИпаЙ 0,02
М. 1. ри!у. И, 6
08. По одному порошку на ночь

г) Веронал 0,25, или мединал 0,3, или люминал 0,1

Помимо этого, показана психотерапия. Обычно после отдыха, изменения обстановки подобные состояния довольно быстро компенсируются и работоспособность вновь восстанавливается.

Б. Травматическая астения

Если в только что описанной форме астеническое состояние возникает как реакция на различного рода экзогенные или психогенные вредности, существует временно и через непродолжительное время целиком компенсируется, то описываемый ниже тип астенического состояния держится стойко в качестве непосредственного результата травмы мозга, т. е. неполного выздоровления. Определяется описанное состояние, так же 1как и первая форма астении, раздражительной слабостью аффектов, постоянным колебанием настроения от раздражительного, подавленного к эйфорически приподнятому. Характеризуется периодическим наступлением дисфории — напряженного мрачного настроения со злобной раздражительностью и чувством внутреннего физически переживаемого недовольства, повышением физической и психической утомляемости, приступами ■головных болей, ощущением тяжести и постоянной несвежести головы. Налицо выраженные вегетативные расстройства.

Подобное состояние при благоприятной обстановке значительно улучшается, при неблагоприятной — вновь обостряется, особенно при физическом и психическом утомлении, соматических заболеваниях, душевном волнении.

В некоторых случаях на этой почве в качестве вторичных образований возникают длительные ипохондрические и депрессивные состояния с переживанием своей неполноценности, неизлечимости. В других случаях картина астении модифицируется разнообразными наслоениями типа истерических ^функциональных)—припадки, дрожание, заикание и т. д.

Нередко подобного типа астеническое состояние осложняется присоединившимся алкоголизмом. В таких случаях астения приобретает выраженный органический налет. Больных этой труппы следует лиспа нсеризнровать и брать под постоянное врачебное наблюдение. Условия и вид труда устанавливают, в зависимости от тяжести их общего состояния. В случае ухудшения необходимо предоставлять стационарное лечение.

Из методов лечения, наряду с укрепляющими и тонизирующими, показано водолечение, витаминотерапия.

В случаях с гипотонией, •помимо приведенных в предыдущем разделе средств, рекомендуются также следующие:

а) рр. СЫП1П1 пшг1а1. 0,(5
Ас. агзегНсом 0,001
М. 1. р. М. 20 Ш оЫ.
05. По 1 облатке 2 раза в день

к, рр. 1пЕ гад. уа!ег. 12,0—200,0
Т-гае СопУ. ша]аИ$ 6,0
Ыа1г11 Ьгот. 1,0
Г<а(г11]ода(1 0.3
Са1сй сЫог. 15.0
МО8. По 1 столовой ложке 3 раза в день

в) Кр. 51гусЪп1П1 о1Щс!_
Ас. аг8еп1со5(аа 0,03
Сыпрйогае топоЬг. 6,0
Ех(г. Уа1ег. ц. 5. и(!. р. К. 30
0$. По I пилюле 2 раза в день после еды

, рр. АсЗсН аз8еп1СО51 0,1
' Са1с. §1усегор11о5р11. 20.0
СатрЬогае тоаоЬг. 10,0
Ех(г. уа1ег. ц. 5. иИ. р. 14. 100
05. По 2 пилюли 2 раза в день перед едой

д) Ех1г. Сосае 11.
Ех<г. Соке **й.**
Т-гае сЬ)пае сотр. аа 10,0
Ь$. По 20 капель 2 рааа в день

В ряде случаев при упорных головных болях, мучительного чувства, тяжести головы могут быть показаны повторно проводимые люмбальные пункции, если при первой пункции устанавливается повышенное давление спинномозговой жидкости.

Симптоматически в этих случаях назначают:

а) Кр. Ругат1<1ол1 0,5
СоН. па1по-Ьепх. **0,1**
М. *I.* р. а. I, <1. И. 6

б) РИепасе(1п1 0,3
Сой. паШо-Ьепх. 0,1
м. 1. р. а. 1. а. и. 6

Необходимо применение во всех случаях психотерапии, умелое врачебное руководство жизнью больного.

Во всех случаях алкоголизма у травматиков рекомендуется энергичное врачебное вмешательство: гипнотерапия, стрихнин, кислород, гипогликемическая инсулиноте рання, при безуспешности всех этих средств — длительное стационирование.

В. Травматически обусловленные изменения личности

Как известно, в результате травмы собственно деменция (стойкие интеллектуальные выпадения) наступает редко. При неблагоприятномисходе травмы головного мозга чаще всего развивается стойкое изменение личности. Тип возникающих изменений личности может быть различным. Наиболее характерны следующие:

а) Эйфорический вариант. Больные становятся беспечными, настроение их всегда несколько повышенное, поступки часто определяются несдерживаемыми влечениями, отношение к своей судьбе легкомысленное, сознание болезни неполное. Наряду с этим отмечается повышенная раздражительность, наклонность к взрывам ярости, часто, по незначительному поводу.

б) Эксплозивный вариант характеризуется повышенной раздражительностью, доходящей до взрывов ярости с аффективным сужением сознания. Отмечается мрачное, тоскливо-злобное настроение, гиперпатия, повышенная склонность К патологическому опьянению, судорожным реакциям и пароксизмам расстройства сознания. ,

в) Апатико-астенический вариант. Повышенная истощаемость, постоянно сниженное, часто безучастное аффективное состояние. Больные становятся неуверенными в своих силах, недостаточно активными, (гиперестетичными, легко ранимыми.

Б основе подобных состояний, безусловно, лежат органические изменения головного мозга — частью морфологические, частью гематоликвородинамические. У всех пациентов этой категории в той или иной степени наблюдается некоторое снижение критики своего состояния, уплощение характерологических черт личности, так называемое снижение «уровня личности». Периодические ухудшения обычно, как и в первых двух группах, обусловливаются или неблагоприятными условиями жизни, или экзогенными вредностями.

Однако такие периодические ухудшения в состоянии больных (приступы головных болей, остро возникающее расстройство настроения — дисфория, иногда снижение ясности сознания — легкая степень оглу-

шення, «вуаль» сознания) могут происходить и вне зависимости от внешних воздействий.

Состояния, возникающие в качестве психогенных реакций, здесь носят формы более грубые, чем в предыдущих случаях. Так, могут возникать псевдодементные, псевдокат атонические, пуэрильные состояния.

Опасность развития хронического алкоголизма в этих случаях крайне велика. Алкоголь резко ухудшает состояние больных, усугубляет деградацию личности и в клиническом, и в социальном смысле.

Больные этой группы должны быть под постоянным диспансерным наблюдением. Несмотря на то, что многие из них являются инвалидами III и II группы, врач обязан принять все меры к устройству их на работу. 3

Необходим постоянный контакт с близкими родственниками для создания нужной обстановки больному и в быту. Обязательно принятие самых энергичных мер при первых признаках алкоголизма. Лучше всего— длительное стационирование в закрытом лечебном учреждении.

Из методов лечения наиболее эффективны повторные курсы вливаний гипертонических растворов тлюкозы и магнезии, наряду с этим повторные извлечения спинномозговой жидкости с последующим вдуванием в меньшем количестве воздуха. При подозрении на развитие кистозного арахноидита (упорные головные боли, появление очаговых симптомов)—стационирование в неврологическое или психиатрическое учреждение.

В ряде случаев у больных как третьей, так и второй, а иногда и первой группы могут наступать регулярно или эпизодически припадки от типичных эпилептических судорожных до двигательных Истерических, а иногда смешанного характера. Во всех случаях припадки являются симптомами того или иного варианта поздних травматических изменений, и поэтому выделение особой формы травматической эпилепсии не оправдано.

Пароксизмы сумеречного расстройства сознания также могут разниться при всех формах травматических психических изменений. Диапазон клинической картины так же велик, как и припадков: от аффективно обусловленного снижения до органического расстройства сознания. Нередко причиной изменения сознания у травматиков является опьянение.

При судорожных травматических синдромах, наряду с курсом дегидратационной терапии и общеукрепляющим лечением, применяются: а) люминал, б) бромурал, в) раствор брома.

При сумеречных расстройствах сознания рекомендуется извлечение спинномозговой жидкости и назначение наркотических средств.

а) Яр. НехепаП 1,0
Ы. 10 1п атр.
(растворить содержимое ампулы в 10 см^8 свежей Дстиллированной воды, вводить подкожно)

б) Яр. Месйпай 0 75
СЫотаН ЬудтаН 1,25
МисП. атуН
А<р (1(5111). аа 25,0
На 1 клизму

Клиническая картина случаев третьей группы иногда модифицируется локально обусловленными расстройствами. Так, при поражении лобной доли могут выступить астено-абулический, акинетический, псевдожаралитический и в известной мере апрактический синдромы. При поражениях париетальной области симптомы агностические, апрактические, аграфические и др. При поражениях височной области — афазические. При парието-окципитальной — оптические, пространственные расстройства и т. д.

у Исследование перечисленных функций является обязательным при осмотре каждого перенесшего травму черепа.

Все описанные здесь формы поздних травматических изменений органически обусловлены в той или иной мере, следовательно, все они принадлежат к так 'называемой травматической энцефалопатии. Однако этот диагноз является не клиническим, *а* анатомическим. Он отнюдь не характеризует ни формы, ни тяжести заболевания, ни всех особенностей клинической картины — пользование им в клинической практике вьяд ли- продуктивно.

★

Майор мед. службы кандидат мед. наук И. И. БУЛЫГИН

ОПАСНОСТЬ ЧРЕВОСЕЧЕНИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ТОНЗИЛЛИТАХ И ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Ряд авторов сообщает о случаях так называемых криптогенных или метастатических перитонитов, которые чаще всего являются осложнением гнойного тонзиллита или гнойного заболевания верхних дыхательных путей. Эти перитониты весьма трудно диагносцировать. -Смертность при них доходит до 85ч/в и даже больше.

Оперативное -вмешательство в брюшной полости, нанося оперативную травму, делает брюшную полость местом наименьшего сопротивления и при наличии гнойного тонзиллита или трахеобронхита способствует возникновению криптогенного .перитонита.

Мы наблюдали 2 случая метастатического перитонита, возникшего после аппендэктомии, произведенной больным с гнойным тонзиллитом и трахеобронхитом. Оба больных умерли.

Случай 1. Больней Т., 24 лет, поступил в хирургическое отделение госпиталя 27.1.1940 г. с диагнозом «острый аппендицит». Так как у больного были явления гриппа и ангины, а также вследствие постепенного уменьшения симптомов острого аппендицита мы решили от срочного оперативного вмешательства воздержаться. К 4.11.1940 г. все клинические явления гриппа и ангины прошли. Однако больной продолжал жаловаться на боли в правой подвздошной области. Напряжения брюшной стенки не было, но пальпация этой области болезненна. Симптом Ровзпнга положительный. 10.11.1940 г. произведена аппендэктомия. Отросток выделен из имеющихся спаек и отсечек после наложения лигатуры па его основание. Культя отростка погружена кисетным швом. Б)ркнш1ая полость зашита послойно наглухо. Гистологически: катарральннй аппендицит. 12.И вечером температура 40,3°. Состояние больного тяжелое. Боли в животе незначительные, больше слева. Дыхание частое, поверхностное. Цианоз лица и конечностей. Пульс слабого наполнения. 150 удароз в минуту; ритмичный. Икота и отрыжка. Живот не вздут, мягкий, при пальпация мало болезнен.

13.1! при явлениях нарастающей сердечной слабости больной скончался.

На вскрытии обнаружено следующее: правая миндалевидная железа увеличена в размерах, в иритах содержится гноевидная зеленоватая жидкость, ткань на разрезе розовато-серого цвета и в центре заметно пропитана гноем. Имеется фибринозный трахеобронхит. Ткань легких, особенно правого, резко отечна, повсюду проходима для воздуха. Обнаружены септические изменения в селезенке. Имеется фибринозно-гнойный перитонит, фибр миоз по-гнойные налеты находятся в большом количестве в левой половине живота, меньше — о области операции. Смерть последовала от септического фибринозно-гнойного перитонита. Причиной обшей гнойной инфекции в данном случае надо считать гриппозную инфекцию к гнойный тонзиллит.

Случай 2. Бальной Т., 24 лет, поступил в хирургическое отделение госпиталя 20.Х11.1945 г. с явлениями подострого аппендицита- и гриппа. 22.Х11 у больного резко усилились боли в правой половине живота. Брюшная стенка справа напряжено. В этот же день сделана операция. Отросток обнаружен в правом подреберье припаянным к печени. Он был выделен и-з спаек -и отсечен после наложения лигатуры па его основание. Культя отростка- погружена кисетным швом. Брюшная полость зашита наглухо. Гистологически.: ката-ррз.тьнын аппендицит.

Через грн дня после операции у больного появились симптомы разлитого перитонита, с явлением общей интоксикации. со. значительными расстройствами дыхания. Одышка. Цианоз липа и конечностей. Живот вздут, мало болезнен при пальпации. &9.ХН.1945 г. больной скончался.

На[1] 'Вскрытии разлитой фибринозно-гнойный перитонит; распространенный гнойный трахеобронхит; двусторонний фолликулярный тонзиллит; истощение с атрофией подкожной клетчатки. '

В обоих случаях больные с гнойным тонзиллитом и трахеобронхитом погибли от разлитого фибринозно-гнойного перитонита после операции по поводу аппендицита.

Так как в данных случаях больные погибли от фибринозн о-гнойного перитонита после аппендэктомии, то последнюю, казалось, и нужно было бы считать основной причиной перитонита. Однако известно, что послеоперационные перитониты 'протекают совершенно иначе, чем так называемые криптогенные. Для последних характерно отсутствие резких болей в животе и в то же время наличие явлений общей интоксикации и значительных расстройств дыхания, что мы и наблюдали у обоих больных.

Не подлежит сомнению, что при наличии ангины и гриппа всякое несрочное оперативное вмешательство противопоказано.

В описываемых нами случаях перед операцией не были осмотрены миндалины; изменения в последних, возможно, удержали бы хирурга от роковой операции, которая не вызывалась неотложной необходимостью.

Во избежание подобных ошибок в будущем при хронических и катарральных аппендицитах необходимо осматривать миндалины в день операции и при малейшем подозрении на воспалительные изменения в них операцию откладывать на 1—2 месяца. На такой же срок нужно отложить операцию и после гриппозной инфекции.

★

Капитан мед. службы М. С. НАМИЧЕЙШВИЛИ

ОБ УПЛОТНЕННОМ КУРСЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА

Обычно один курс специального лечения при сифилисе продолжается 45—50 дней, причем в организм вводится 5 г новарсенола (из расчета 0,1 г в сутки) и 50 г биохинола (из расчета 1 г в сутки).

Опыт и наблюдения многочисленных авторов показали, что для лечения первичного, особенно серонегативного, сифилиса необходим энергичный насыщенный, но кратковременный курс с короткими .межкурсовыми перерывами. Еще Григорьев указывал нецелесообразность дачи малых доз сальварсана. Многие авторитетные сифилидологи считают недостаточные дозы сальварсана главными виновниками нейрорецидивов. Сторонниками энергичной терапии сифилиса являются также проф. Розентул, проф. Эйвизов, проф. Арутинов. Эрих Гоффман рекомендует два вливания в неделю неосальварсана по 0,6 г (т. е. 1,2 г за 7 дней). Длительность курса — 5 недель. Всего за курс (35 дней) вводится неосальварсана 5,85 г, бисмогенола— 14,5 г.

Уплотненный курс лечения сифилиса довольно широко применяется рядом военных врачей, работающих под руководством полковника мед. службы Шехтера. Еще в декабре 1944 г. на 1-й научной конференции дерм а то-венерологов 1-го Белорусского фронта майор мед. службы Марьяновский сделал доклад об интенсивном методе лечения сифилиса.

Мы применяем уплотненное лечение сифилиса с начала 1944 г. В основу настоящей статьи положено 100 историй болезни больных пер-

вичным сифилисом, прошедших у нас уплотненный курс лечения. Специфическое лечение мы проводим по следующему курсу:

День	Новарсенол (в г)	Биохинол (в г)	День	Новарсенол (в г)	Биохинол (в г)
1-Й	0,6		19-й	0,6	–
2-й	—	5.0	20-й	—	5,0
4-й	0,6	—	23-й	0,6	5,0
5-й		5,0	26-й	—	5,0
8-й	0,6	5,0	27-й	0,6	—
11-й		5.0	29-й	—	5,0
12-й	0.6	■ ■	31-й	0,6	—
14-й	—.	5,0	32-й	—.	5,0
16-й	0,6		35-й	0,6	—

Всего за 35-дневный курс: новарсекола — 6 г, биохинола—50 г.

Мы применяли как советский новарсенол, так и немецкий неосальварсгн, как -биохинол, так и бисмогенол и «казбис». Бисмотенола и «казбиса» давали по 1,5 г вместо 5 г био хинол а. Таким образом, мы давали неосальварсан из расчета почти 0,15 г и биохинол 5 г на 4 дня.

Перерыв между курсами рекомендовали в один месяц. У многих больных, принявших первый курс специфического лечения в стационаре, второй курс мы проводили по такому же плану амбулаторно, только с той разницей, что внутривенное -вливание неосальварсана -и внутримышечную инъекцию биохинола производили в один день. Это давало возможность больному посещать амбулаторию возможно реже.

Все 100 больных поступили в госпиталь по поводу первичного сифилиса. У 62 больных реакции Григорьева, Рапопорта и цитохолевая были отрицательные, а у остальных -38 .+1+ или + ++• За 35 дней закончили курс лечения 96 человек. Из них 54 без всяких побочных явлений. У 32 больных наблюдалось -повышение температуры через 3—4 часа после вливания, у 7 больных—повышение температуры и тошнота, у <3 больных была рвота 2—3 раза вскоре после вливания, но курс лечения у них не прерывался. Трем больным из 100 мы снизили дозы сальварсана из-за появления желтухи, а в одном случае наблюдали тяжелую распространенную эрнтродермию с отеком лица. После прекращения сальварсановой терапии и при соответствующем уходе больной поправился. У всех больных перед каждым вливанием исследовали мочу, но отклонения от нормы не находили.

Больным, у которых наблюдались побочные явления, следующие вливания производили с 40% глюкозой, а некоторым из них — с 10% раствором тиосульфатнатрия. Небольшое повышение температуры все же отмечалось и после этого, тошноты и рвоты не было.

Крепкие субъекты (54 из 100 больных) усиленный курс лечения переносили прекрасно, без всяких жалоб, и в свободные от вливаний дни мы их использовали на разных работах в госпитале[1].

Выводы

I. Уплотненный курс специфической терапии первичного сифилиса — лучший метод достижения хорошего эффекта и сокращения сроков лечения.

2, Громадное большинство больных уплотненный курс переносит хорошо, и только у немногих наблюдаются побочные явления. Не исклю-

[1] Автор приводит три краткие выписки из историй болезни, которые **редакции** журнала опустила.

чена возможность, что эти побочные явления наблюдались бы у них и при обычном лечении.

3. Введение сальварсановых препаратов по 0,15 г должно стать правилом. Меньшие дозы должны применяться как исключение при лечении первичного сифилиса у относительно молодых субъектов А

*

Капитан мед. службы А. П. ГОЛОЛОБОВ

К ВОПРОСУ ОБ АНЕСТЕЗИРУЮЩИХ СВОЙСТВАХ СЕРНОКИСЛОЙ МАГНЕЗИИ

(Предварительное сообщение)

Несмотря на широкое применение сернокислой магнезии *в* лечении самых различных по этиологии и патогенезу заболеваний, несмотря на разностороннее действие ее на мышцы, нервы и мозг, на способность производить местную анестезию и наркоз, этот препарат еще не занял заслуженного места в ряду аналгезирующих средств хирургии. Бесспорно, что обилие методов и средств само по себе указывает на несовершенство каждого из них в отдельности и на отсутствие до сих пор идеального, универсального способа анестезии. Отсюда вполне понятно наше желание отметить обоснованность применения еще одного обезболивающего средства и некоторые преимущества его по сравнению с другими. При операциях можно одновременно пользоваться сернокислой магнезией и как местно обезболивающим, и как наркотическим средством. Последнее ее свойство особенно ценно, так как в тех случаях, когда по ходу оперативного вмешательства требуется наркоз, „ введенная в ткани соль магния позволяет снизить количество наркотиков и обеспечить глубокий сон без предварительного возбуждения. Известно, что растворы сернокислой магнезии парализуют как двигательные, так и чувствительные нервные окончания и тем самым производят местную анестезию подобно новокаину.

Растворы сернокислой магнезии отличаются простотой и доступностью приготовления и применения их, не требуют никакой дополнительной аппаратуры и персонала. Обезболивание с помощью сернокислой магнезии может быть применено в МСБ при хирургической обработке ран и других оперативных вмешательствах, а также при аппендэктомии, грыжесечении и в качестве 'Вводного наркоза при других операциях. Токсичность сернокислой магнезии незначительна, особенно при малой дозировке и быстром выведении ее из организма. Ныне предлагаемый шоковый раствор № 28, Ленинградского института переливакия крови (А. Н. Филатов), имеющий компонентом соль магния в 3% разведении, убеждает нас в возможности введения значительного количества препарата раненым, находящимся в состоянии шока, особенно

[1] В краткой статье М. С. Намичейшвили описан опыт лечения 100 сифилитиков в первой стадии сифилиса по уплотненному методу. К сожалению, в статье не освещен ряд весьма важных моментоа: 1) а'Вгтор наблюдал у 32 больных (из 100) повышение температуры через 3—4 часа после вливания, однако не указано, после каког» именно: только после первого ил-н после каждого; 2) не дано клинической характеристики леченных больных, ве указан их возраст я общее состояние; 3) нельзя согласиться с бездоказательным выводом автора, что именно «относительно молодым субъектам» следует применять меньшие дозы; 4) не указано, как делались предварительная проверка функции печени, без чего вообще сальварсаноаое лечение назначать не рекомендуется. Наконец, нужно отметить, что классической реакции Вассермана не было поставлено и серологический контроль осуществлялся при помощи реакций И'рнгорьеьа — Рапопорта и цитохолевой.

Редакция

при большой кровопотере. Все же следует помнить, что при •передозировке (по Кравкову 1 г на 1 кг веса человека) возможен паралич дыхательного центра, но и из это-го тягчайшего осложнения больного -можно вывести немедленным внутривенным введением 5—10 см® 10% раствора хлористого кальция.

Местное обезболивающее действие наступает быстро, общее — в зависимости от количества введенного препарата, -состояния больного, кровяного давления н прочих условий, но также проявляется в срок от 5 до 15 минут. Соль магния не горит, не взрывается, пригодна для транспорта в любое время года. Вполне уместно применение соли магния три эвакуации'больных в качестве профилактического мероприятия, предупреждающего шок.

В результате наших наблюдений мы должны отметить некоторую связь между количеством введенного вещества и кровяным давлением у оперируемого. Так, например, у истощенных больных с пониженным кровяным давлением уже при обычной местной анестезии 2% раствором сернокислой магнезии в количестве не более 200 см^3 наступало дремотное состояние, а в некоторых случаях глубокий сон. Наоборот, при гипертонии кровяное давление снижалось до нормальных цифр и наркотический сон не наступал.

Работая в течение 2 лет над вопросом о применении -сернокислой магнезии в качестве анестетика при оперативных вмешательствах, мы не имели ни одного более или менее значительного осложнения, за исключением двух подкожных гематом после аппендэктомий. За это время произведено 228 операций, в том числе 104 аппендэктомии и 23 грыжесечения; при этих операциях применялась местная анестезия 2% раствором сернокислой магнезии с 'новокаином в разведении 1 : 2 500 и даже 1 : 5 000, и только в одном случае при аппендэктомии понадобился наркоз.

Приготовление раствора-

Обычно 2% раствор сернокислой магнезии готовят в аптеке на дестиллированной воде и за 5—10 минут до начала, анестезии к раствору прибавляют 1% раствор новокаина из расчета 1 *: 2* 500. Практически операционная сестра на 200 см^3 2% раствора сернокислой магнезии берет 8 г 1% раствора новокаина. Этого количества вполне достаточно для производства аппендэктомии или грыжесечения. Раствор почти нейтральной реакции, pH=6,8—6,9, совершенно прозрачный. Мы убедились, что *2а/о* раствор магнезии без новокаина является также хорошим анестетиком, но резкая болезненность при подкожном введении такого раствора заставила нас отказаться от его применения. Мы пользовались различными растворами при анестезии—1, 2, 3 и 4,7% — и остановились на 2% растворе, который вполне обеспечивает анестезию при ряде операций.

Методика обезболивания

Техника местной инфильтрационной анестезии сернокислой магнезией не отличается от техники обезболивания новокаином- по Вишневскому. На месте предполагаемого разреза кожу инфильтрируют до «лимонной корки», затем последовательно инфильтрируют подкожную клетчатку, апоневроз и мышцы. Сразу же после анестезии можно приступить к операции. Длительность обезболивания мы установили путем кожных уколов иглой. Она колебалась от 2 до 3 часов, Для проверки через каждые 15 минут на месте инфильтрации раствора делали уколы иглой до тех -пор, пока не появлялась болевая чувствительность. Счет вели с момента конца применения анестезии. Доза введенного анестезирующего раствора вар пировал а в зависимости от случая, но никогда не превышала 300 с-м*. А если, принять во внимание работы последних лет

по переливанию крови, стабилизированной сернокислой магнезией, когда при введении 400 ом* крови вместе с ней вводится в организм 120 ом^3 8% раствора (что равно 9,6 г сернокислой магнезии), то станет ясно, что мы вводили минимальное количество. Противошоковый раствор А. Н. Филатова также убеждает нас в этом. Естественно, что часто применяемая доза в 200—300 см* раствора далека от токсической, и нам ни разу не приходилось вводить хлористый кальций в качестве антагониста.

Подготовка к операции

Подготовка больного к операции ведется обычным путем: мытье больного (предполагаемое операционное поле моет теткой сама сестра), бритье, очищение кишечника (если нет противопоказаний). Больной перед операцией должен помочиться, и за 25 минут до начала операции ему вводят 1 см* 1% раствора морфина с 2—4 см^3 25^Л/а раствора сернокислой магнезии. Последним мы пользуемся для усиления и удлинения обезболивающего эффекта морфина, что избавляет нас от необходимости вводить пантопон после операции (на ночь).

Всего у нас оперировано под местным обезболиванием сернокислой магнезией и новокаином 228 человек, из них 104 — по поводу аппендицита, 23 — по поводу различных грыж и 101 операция сделана по поводу огнестрельных ранений, флегмон, панарициев, абсцессов, атером, липом и др. (см. таблицу).

Местная анестезия раствором сернокислой магнезии при операциях

Название операции	Количество случаев	Количество анестезирующего раствора в см^3	Оценка анестезии: продолжительность анестезии	Оценка анестезии: продолжительность операции (в минутах)	Оценка анестезии: удовлетворительная	Оценка анестезии: хорошая	Оценка анестезии: сон	Оценка анестезии: дополнительное обезболивание (наркоз)	Осложнения
Аппендэктомия . . .	104	90—22С1	мин. 50 сек.— 3 мин. 15 сек.	25—95					
Грыжесечение . . .	23	150—265 1	мин. 40 сек.— 2 мни. 20 сек.	40—85					
Прочие (атеромы, липомы, панарициии, флегмоны, абсцессы и др.).....	101	30-200	30-55	15-35	43	58			В одном случае головокружение и головная боль, в 2 рвота

У оперируемых больных накануне, во время операции и после операции мы считали пульс, дыхание, измеряли кровяное давление, следили за настроением, появлением болей в ране, перистальтикой, временем отхождения газов, мочеиспусканием, различными диспептическимн явлениями и временем появления первого стула после операции. Таких наблюдений произведено 38. Почти во всех случаях отмечалось учашение пульса и дыхания до момента анестезии, а к концу ее пульс и дыхание выравнивались, доходя до первоначальных нормальных цифр, а в некоторых случаях при сонливости больного констатировалось

замедление пульса и дыхания. Во время операции и после нее пульс был достаточным по напряжению и наполнению. Особенно тщательно следили за состоянием кровяного давления, причем до операции его измеряли дважды; к концу операции, на операционном столе, измеряли третий раз. В некоторых случаях (5—6) измерение во время операции производили многократно для выяснения минимальных цифр. Наши, правда, немногочисленные наблюдения показали, что наступившее в первые полчаса падение кровяного давления (от 5 до 8 делений), в дальнейшем не изменялось, а в 2 случаях к концу операции стало нормальным.

В большинстве случаев (из 38) кровяное давление к концу операции понижалось на 5—8 мм и через 3—6 часов возвращалось к исходным нормальным цифрам. В 2 случаях оно стало даже выше на 6—10 делений. Мы обратили внимание на определенно существующую связь между кровяным давлением и наркотическим эффектом сернокислой магнезии. Так, например, чем ниже кровяное давление у оперируемого больного, тем быстрее наступает наркотическое действие сернокислой магнезии. Кровяное давление в пределах 80—90 (максимальное) почти всегда обусловливает дремотное состояние после введения 200 см^3 сернокислой магнезии.

Следует отметить один случай, подтверждающий целесообразность применения сернокислой магнезия как вводного наркотика для перехода на эфирный наркоз. Больного оперировали по поводу острого флегмонозного аппендицита со значительными сращениями, фиксирующими слепую кишку с пристеночной брюшиной. Под (Местной инфильтрационной анестезией раствором сернокислой магнезии с новокаином была вскрыта брюшная полость. Резкая болезненность и некоторые неудобства применения в дальнейшем местного обезболивания вынудили перейти на эфирный наркоз. Эфира в этом случае понадобилось всего 25 г. Сон наступил без фазы возбуждения.

Под влиянием местного обезболивания сернокислой магнезией у большинства оперируемых тут же, на операционном столе, наступает дремотное состояние, нередко переходящее в глубокий сон. Часто это наблюдается у молодых людей с астенической конституцией и с явлениями истощения и авитаминоза. Сонливое состояние продолжается обычно и после операции 4—5 часов. Особых болей в ране больные не отмечают в течение 4—6 часов. Перистальтика, которую мы определяли по появлению урчания в животе, возобновляется в среднем через 6—7 часов, отхождение газов—через 10—11 часов. Головных болей больные не отмечают, кашель иногда бывает, но не больше и не чаще, чем у оперируемых под местной анестезией другими анестетиками. Диспептических явлений мы почти не наблюдали, стул у больных обычно появлялся на 2—3-и сутки.

Изучая вопрос о влиянии морфина и морфина с сернокислой магнезией, нам удалось установить, что эйфория наступала значительно чаще у больных, получивших морфин плюс сернокислую магнезию в сравнении с теми, кто его не получал. У больных, не получивших ни морфина, ни сернокислой магнезии, рвоты и тошноты отмечены в 96% случаев, в группе получивших морфин — в 11% случаев, в группе получивших морфин и сернокислую магнезию только в 8% случаев. Нагноений и каких-либо других осложнений мы не могли отметить, во всяком случае они не превышали цифр осложнений после операций, производимых под анестезией другими анестетиками.

На 228 операций в 2 случаях наблюдались подкожные гематомы после аппендэктомии. Заживление послеоперационных ран обычное.

При аппендэктомии, грыжесечении и других операциях швы снимались **на** 7-й день.

Недостатки препарата

Крайне неприятным осложнением во время операции является чрезмерная кровоточивость раны, которая объясняется паралитическим расширением сосудов. Кровоточивость не очень длительна, но затемнение операционного поля кровью все же неудобно и особенно нежелательно при препаровке тканей. Это осложнение можно устранить прибавлением 3 капель раствора адреналина 1 : 1 000 на 100 $см^3$ анестезирующего раствора.

Несовместимость применения сернокислой магнезии и сульфамидных препаратов также суживает показания при ранениях и других видах травм военного времени, где требуется применение сульфамидов.

Выводы

I. На основании клинических наблюдений удалось установить достаточный *обезболивающий эффект местной анестезии сернокислой мат жезией.

2. Наряду с другими анестетиками, сернокислая магнезия может быть применена в МСБ при хирургической обработке ран.

3. Сернокислая магнезия может служить хорошим вводным наркотиком, когда необходим переход на эфирный наркоз, причем в таких случаях эфира затрачивается"много меньше и сон наступает без возбуждения.

4. Вследствие быстрой выделяемости „сернокислой магнезии из кровяного русла (через 5—6 часов) воэмОлбю применение сульфамидных препаратов после этого срока.

5. Кровяное давление повышается на 5—8 делений и полностью восстанавливается через 3—6 часов до первоначальных цифр; иногда наблюдается тенденция к повышению; у гипертоников кровяное давление снижается до нормы на более или менее длительное время.

6. Описанный метод анестезии позволяет затрачивать в —3 раза меньше новокаина при вполне достаточном обезболивающем эффекте.

7. Вопрос о применении сернокислой магнезии в качестве анестетика еще недостаточно изучен и нуждается в дальнейшей разработке.

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Подполковник мед. службы Н. Г. ГОЛЬДБЕРГ

РАЦИОНАЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВОДОЛЕЧЕБНИЦ СОВЕТСКОЙ АРМИИ

Физические 'методы являются первостепенным фактором в комплексе лечебных .мероприятий военной медицины. Правильная организация лечебной физиотерапевтической помощи, правильное выполнение техники лечебных процедур — залог успешности применения того или иного лечебного физиотерапевтического метода.

Специальной литературы по вопросам организации, эксплоатации и снабжения армейских- физиотерапевтических кабинетов нет. Поэтому настоящая работа, отписывающая рациональную организацию физиотерапевтической помощи, в частности, водолечения, в различных по типу и мощности лечебных учреждениях Советской Армии может несколько восполнить пробел.

Для нормальной работы водолечебницы и особенно душевой кафедры необходимы точные расчеты оборудования котельного хозяйства и водоснабжения. Основные требования, предъявляемые к водоснабжению кафедры, следующие:

1. Горячая и холодная вода должна подводиться к кафедре под одинаковым давлением; необходимо иметь отдельные линии к душевой кафедре и ваннам, исключив всякие отводы или водоразборные краны на их пути.

2. Давление на рукава душа Шарко должно быть постоянным и не ниже 3 атмосфер; постоянной должна быть и температура воды при неизменном положении регулятора-смесителя.

3. Необходимы точные расчеты диаметра трубопроводов и емкость котлов и бойлеров. «Диаметры труб должны быть рассчитаны так, чтобы потеря напора в трубах от уличной магистрали до смесителя кафедры не превышала 1,5—3 м, потеря напора в водомере не должна превышать 1 м. Емкость котла или бойлера должна быть не менее часового расхода горячей -воды» Ч

4. Для повышения давления в душевой системе на магистрали, подающей холодную воду к кафедре, до ответвления ее к котлу или бойлеру устанавливается центробежный насос.

«Если колебания напоров в городском водоснабжении значительны и резки, то следует поставить на магистрали за водомером редукционный клапан, установив его на расчетный минимальный напор в городской сети; тогда вода в душевой системе будет находиться всегда под одним статическим напором, независимо от колебаний давления городской сети»[2].

Вместо редукционного клапана при наличии центробежного насоса можно установить бак, в который вода поступает из городского водопровода через шаровой кран. Из бака вода под постоянным напором подводится к насосу.

5. В водолечебных учреждениях с плохой организацией водсоборудования можно применить уравнитель давления, предложенный Френе-

[1] Коровам С., Водоснабжение водолечебниц, Физиотерапия, № 1, 1939.
[5] Коровам С., Водоснабжение водолечебниц, Физиотерапия, № 1, 1939.

вым ’. Горячая и холодная вода, поступающая в указанный прибор под различным давлением, выходит -из него и подводится к смесителям кафедры под одинаковым давлением. Автор прибора рекомендует применять его во всех случаях, когда хотят создать нормальные условия работы скоростных смесителей. Прибор, названный автором «взаимодействующим регулятором скоростного напора воды для оборудования душевой кафедры», имеет значение и для предохранения от ожогов при аварии холодной магистрали, так как в этом случае линия горячей воды мгновенно автоматически закрывается.

6 . Для правильного расчета диаметра трубопровода, выбора котлов, бойлеров и насоса необходимы данные расхода воды с учетом количества процедур и тепловые расчеты (температура той или иной водолечебной процедуры), расход воды по каждой процедуре, количество процедур в один час, документальные данные напора воды в уличной магистрали.

Приводим схемы подачи горячей и холодной воды к ваннам и душевой кафедре при достаточном напоре в городской сети и при недостаточном и переменном давлении в городском водопроводе (и при отсутствии редуктора) * 2.

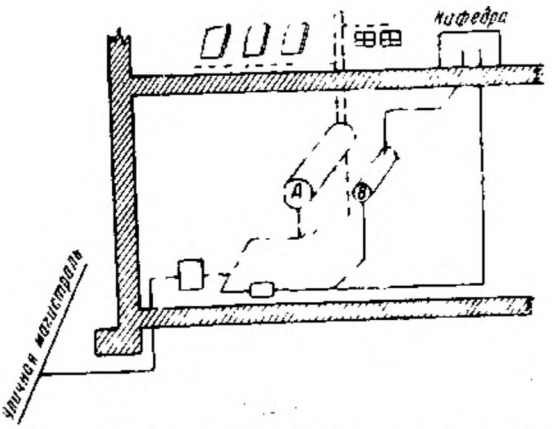


Рис. I. При достаточном напоре в городской сети

—водопровод к кафедре;--------- редуктор для устранения резкого и частого колебания напора в городском водопроводе.
. . . водопровод к ваннам и умывальникам
Д —котел для ванн; В—бойлер иля котел для кафедры

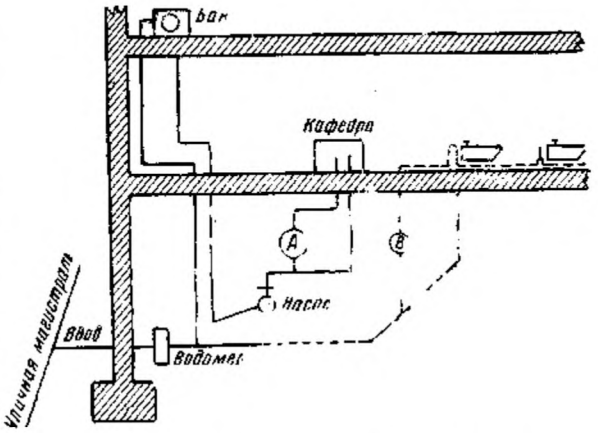


Рис. 2. При недостаточном и переменном давлении в городском водопроводе п отсутствии редуктора

—водопровод к кафедре;----------водопровод к ваннам и умывальникам
Л—бойлер или котел для кафедры;
В— бойлер или котел для ванн и умывальников

В первой схеме (рис. 1) (при достаточном напоре в городской сети) имеются отдельные бойлеры или котлы для кафедры и для ванн, специальный ввод холодной воды от уличной магистрали для получения достаточного давления воды на кафедре. Имеется редуктор для предохранения от резкого <и частого колебания напора в городском водопроводе (устанавливаемый на расчетный минимальный напор в городской сети).

* Фр е н е в А. Н„ Взаимодействующий регулятор скоростного напора воды моей системы для оборудования душевой кафедры, Физиотерапия, № 1, 1939.

[2] Схемы разработаны С. Коровай.

В другой схеме Крис. 2) (при недостаточном и переменном давления в городском водопроводе и отсутствии редуктора для повышения давления на магистрали, ведущей холодную воду к котлу или бойлеру) имеется центробежный насос с производительностью не меньше максимального секундного расхода воды кафедры.

Отсутствие редукционного клапана заставляет уничтожить непосредственную связь системы с городским напором, для чего установлен бак, в который вода из водопровода наливается через шаровой кран. Из бака вода под постоянным напором подводится к насосу. .

Для организации горячего водоснабжения можно использовать водогрейный котел, например, корнвалийский или цилиндрический, в который холодная вода попадает из магистрали, идущей к кафедре. Горячая вода выжимается из верхней части котла давлением холодной воды, и, таким образом, к кафедре горячая и холодная вода будет подходить под одинаковым давлением.

Эта установка менее выгодна для эксплоатации, так как требует периодической основательной чистки котла.

Более рационально установить паровой котел, паром которого можно пользоваться для нагрева бойлера кафедры и бойлера ванн. Бойлеры снабжают змеевиками, через которые и проходит пар для нагрева воды. Емкость бойлера должна быть, как сказано, не менее часового расхода горячей воды, а поверхность нагрева змеевика такой, чтобы в один час передать воде в бойлере количество тепла (единиц) не менее максимального количества воды, расходуемой кафедрой за один час. Таким образом, для выбора емкости котлов или бойлеров необходимо знать часовой расход воды, количество водолечебных процедур, отпускаемых за один час, и среднюю температуру воды, необходимой для процедур.

Приводим таблицы (1, 2 и 3) расхода воды за один час при максимальном использовании аппаратуры водолечебницы по каждому типу отдельно, согласно нормам снабжения водолечебниц.

Таблица 1

Наименование процедур или аппаратуры	Количество установок	Количество процедур в один час на одну установку	Количество процедур в один час на все установки	Количество воды на одну процедуру (в л)	Количество воды на один час на все установки (в л)	Количество процедур за 6 часов	Температура воды
1	2	3	4	5	6	7	8
Первый тип водолечебницы							
Ванна сидячая	1	2	2	80	161	12	36—39*
Душ дождевой	1	10	10	120	1200	60	37°
„ восходящий	]	8	8	50	**400**	48	37°
„ циркулярный	1	8	8	150	1 200	48	37°
, Шарко и шотландский	1	12	12	250	ЗЦСО	72	26-32* 15—40*
Ванны	3	2,5	7,5	300	2 250	45	35—38*
Обливания	I	6	6	30	180	36	36°
Четырехкамерная ванна	1	2	2	35	70	12	37 ■*
Всего	• —	—	—	—	8 460	333	—

Одновременно душевая кафедра может отпускать не более двух процедур, поэтому мы учитывали количество процедур циркулярного душа и душа Шарко, требующих наибольшее количество воды, исключая 120

•остальных душевых процедур, работающих от душевой кафедры (восходящий душ, дождевой душ и сидячую ванну). После указанного исключения вместо 333 водолечебных процедур в течение 6 часов мы будем иметь 213 процедур '(табл. 2).

Таблица 2

Наименование процедур или аппаратуры	Количество установок	Количество процедур в один час на одну установку	Количество процедур в один час на все установки	Количество воды на одну процедуру (в л)	Количество воды на один час на все установки (в л)	Количество процедур за 6 часов	Температура воды
1	2	3	4	5	6	1	8
Второй тип водолечебницы							
Ванна сидячая	1	2	2	80	160	12	36 -39*
Душ дождевой . . . •	1	10	10	120	1 200	60	37'
, восходящий	1	8	8	50	400	58	37°
, циркулярный	1	8	8	150	1 2 0	48	37°
, игольчатый	1	10	10	120	1 20с	60	37°
, Шарко и шотландский	I	12	12	250	3000	72	26^32° 15—40°
Ванны	5	2,5	12,5	300	3 750	75	35—38°
Обливания	2	6	12	30	зео	72	36°
Четырехкамерная ванна	1	2	2	35	70	12	37°
Всего ...	—		—	—	11295	459	

Так же, как и в водолечебнице первого типа, мы учитывали одновременную работу от кафедры циркулярного душа и душа Шарко и исключили 180 процедур игольчатого, 'восходящего, дождевого душа и сидячие ванны.

В этом случае из 459 водолечебных процедур в течение 6 часов работы водолечебницы останется 279 процедур (табл. 3).

Так же, как в первом и втором типе водолечебниц, исключаем 228 процедур пылевого, восходящего, циркулярного, игольчатого душа и сидячей ванны, учитывая одновременно работу от кафедры душа Шарко и лежачего душа. Тогда из 651 водолечебной процедуры за 6 часов работы останется 423 процедуры.

Как видно из табл. 1, по первому типу .водолечебницы за один час расходуется 8 460 л воды.

Принимая во внимание, что одновременно могут быть отпущены от кафедры две душевых процедуры, исключаем расход воды на восходящий, дождевой душ и сидячую ванну, тогда часовой расход воды выразится в цифре 6 700 л. При температуре нагрева 'бойлера 70°, средней температуре расходной горячей воды 40°, температуре водопроводной воды 5° мы имеем часовой расход воды 6 700 л при температуре 40°—5°, т. е. 35°, а при температуре магрева бойлера 70° расход воды будет вдове меньше, т. е. 3 350 л.

Для водолечебницы второго типа исключаем расход воды на игольчатый, восходящий, дождевой душ и ванну; тогда расход воды за один час выразится в 8 335 л.

Принимая во внимание указанный выше нагрев бойлера, среднюю расходную температуру горячей и температуру водопроводной воды, получим расход воды 4 167 л при температуре 70°.

Таблица 3

Наименование процедур или аппаратуры	Количество установок	Количество процедур в один час на одну установку	Количество процедур в один час на все установки	Количество воды на одну процедуру (в л)	Количество воды на один час на все установки (в л)	Количество процедур за 6 часов	Температура воды
1	2	3	4	5	6	7	8
Третий тип водолечебницы							
Ванны Гауфа	1	2,5	2,5	СО	125	15	36—42’
Ванны сидячие	1	2	2	80	160	12	36— 39’
Душ дождевой	1	10	10	120	12С0	60	37°
, пылевой	I	10	10	40	400	60	37°
, восходящий	1	8	8	50	400	48	37°
, циркулярный	1	8	8	150	1200	48	37°
, игольчатый	1	10	10	120	1200	60	37’
, лежачий по Гольдбергу	1	10	10	200	2 000	60	37’
, Шарко и шотландский	1	12	12	250	3000	72	[illegible]
Ванны	8	2,5	20	300	6000	120	35-38’
Обливания	2	6	12	30	360	72	36°
Четырехкамерная ванна	2	2	4	35	140	24	37’
Всего					16185 651		

В водолечебнице третьего типа исключаем расход на сидячую ванну, пылевой, восходящий, циркулярный и игольчатый душ. Тогда расход при температуре 35° будет 12 825 л за один час; расход при температуре 70° за один час — 6 400 л. Зная часовые расходы воды при температуре 70°, можно легко подобрать необходимые бойлеры соответствующей емкости. Например, для второго типа водолечебницы при часовом расходе воды 3 350 л при температуре 70° будет вполне достаточно двух бойлеров емкостью по 2 000 л; для третьего типа водолечебницы нужно взять два бойлера по 3 000 л или три бойлера по 2 000 л.

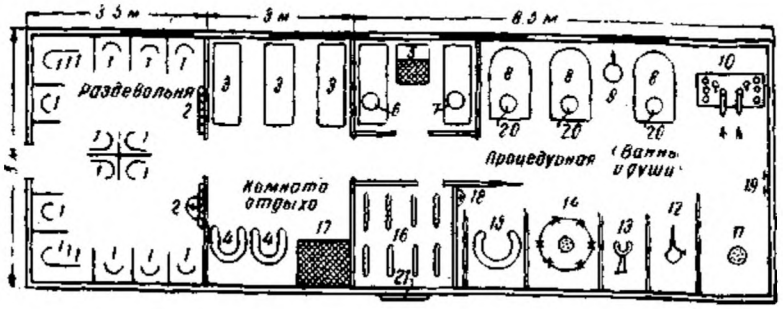
Все указанные основные организационные предпосылки чрезвычайно важны.

Очень часто врачи-физиотерапевты жалуются на плохую работу кафедры, на низкое качество ее смесителей. Коровай по этому поводу говорит: «Самый лучший — допустим, даже идеальный смеситель, поставленный в несоответствующие условия, дает самую отрицательную работу, и, наоборот, самый примитивный смеситель, поставленный в соответствующие условия, т. е. при правильно рассчитанной и построенной схеме холодного и горячего водоснабжения кафедры, может работать вполне удовлетворительно» [x].

Соответственно делению водолечебниц на три типа, госпитали до 900 коек, до 2 000 коек, амбулатории госпиталей поликлинического типа, обслуживающие до 2 000 человек выздоравливающих и легко раненых, а также физиотерапевтические отделения центральных санаториев Советской Армии рационально отнести к третьему типу; физиотерапевтические отделения санитарных служб академий — ко второму типу; фи-

[1] Коров ай С., Водоснабжение водолечебниц, Физиотерапия, № I, 1939.

зиотерапевтические кабинеты лазаретов и не<больших госпиталей к первому.



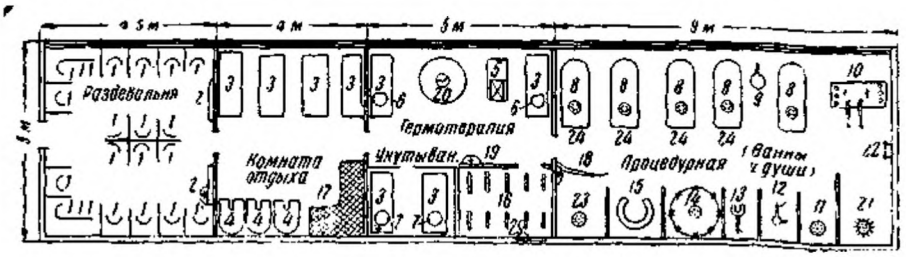
Ряс. 3. Первый тип водолечебницы

1. Мест? для раздевания (18 мест)
2. Зеркала (одно с умывальником)
3. Кушетки
4. Кресла
5. Аппарат Линдемана
6. Кушетка для местных световых в:
7. Кушетка для укутываний
8. Ванны
9. Колонка для углекислого газа
10. Кафедра
11. Дождевой душ
12. Местный паровой душ
13. Восходящий душ
14. Циркулярный душ
15. Сидячая ванна
16. Сушильная комната (4 м®)
17. Шкаф для чистого белья
18. Раковина со шлангом для мойки пола
19. Краны горячей и холодной воды
20. Запасные души
21. Запасный выход

Площадь раздевальной . . •..... 17,5 М®
» комнаты отдыха.....15 м²
. процедурной..... .....42,5 м²

Итого. . . 75 м²

Масштаб 1:100



Рнс. 4. Второй тип водолечебницы

1. Места для раздевания (22 места)
2. Зеркала (одно с умывальником)
3. Кушетки
4. Кресла
5. Аппарат Линдемана
6. Кушетки для местных световых ванн
7. Кушетки для укутываний
8. Ванны
9. Колонка для углекислого газа
10. Кафедра
11. Дождевой душ
12. Местный паровой душ
13. Восходящий душ
14. Циркулярным душ
15. Сидячая ванна "
16. Сушильная комната (5 мг)
17. Шкаф чистого белья
18—19. Раковины (18 со шлангом)
20. Общая световая ванна
21. Игольчатый душ
22. Краны горячей и холодной воды
23. Резервный дождевой душ
24. Запасные души '
25. Запасный выход

Площадь раздевальной 22,5 **м2**
, комнаты отдыха..... 20 **М2**
, для термотерапии иукутываний.....25 **М²**
, процедурной (ванны и души).....45 **М²**

Итого . . 112,5 и²

Масштаб 1:100

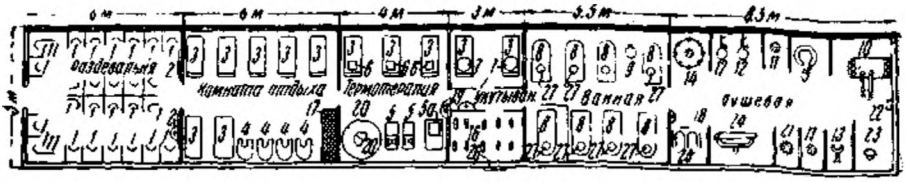


Рис. 5. Третий тип водолечебницы

1. Места для раздевания (30 мест)
2. Зеркала (одно с умывальником)
3. Кушетки
4. Кресла
Г>. Аппарат Линдемана
5а, То же поясной
6. Кушетки для световых ванн
7. Кушетки для укутываний
8. Ванны
9. Колонка для углекислого газа
10. Кафедра
II. Дождевые души
12. Местные паровые души
13. Восходящий душ
14. Циркулярный душ
15. Сидячая ванна
16. Сушильная комната (6 м2)
17. Шкаф для чистого белья
18. Раковина со шлангом
19. Раковины
20. Общая световая ванна
21. Игольчатый душ
22. Краны горячей н холодной воды
23. Пылевой душ
24. Лежачий душ
25. Ванна Гауфе
26. Запасный выход
27. Запасные души

Площадь раздевальной ..... ^.....30 м®'
, комнаты отдыха.....,30 м®
, для термотерапии..... 20 м²
, комнаты укутываний исушильной .... 15 м»
, ванной ..... 27.5 м®
, душевой..... 42,5 м®

Итого . . 165 м®

Масштаб 1:100

Планировка водолечебниц предусматривает следующие оптимальные нормы площадей (в м®):

Первый тип

Раздевальная..... 7,5
Комната отдыха..... 15
Процедурная.....42,5

75,0

Желоховцев* [1] считает, что на прием ванны и ее подготовку уходит 20—22 минуты. За это время может быть отпущено 4 душа; таким образом, за 20—22 минуты через водолечебницу пройдет: *В* -у- 4 человека (где *В* — количество ванн в водолечебнице). Отсюда Желоховцев выводит формулу количества мест в раздевальной: *[В* + 4) X 3.

Второй тип ~

Раздевальная 22,5
Комната отдыха 20
Термотерапия, комната укутываний н сушильная комната..... 25 _
Процедурная (ванная и душевая) 45

112,5

Третий тип “

Раздевальная 30
Комната отдыха.....30
Термотерапия 20
Комната укутываний и сушильная комната 15
Ванная..... 27,5
Душевая..... . - • 42,5

165

[1] Желоховцев Н. С., Физиотерапевтическая техника и методика, 1937.

Так как обычно три отпуске процедур почти никогда не бывает полной нагрузки, мы предлагаем видоизменить указанную формулу таким образом:

(В+ 2) Х З.

Такое сокращение мы проверили в течение ряда лет — оно вполне оправдано. Места для ра-здевания спроектированы в открытых кабинах шириной 75 см, глубиной сидения 45 см и высотой кабин от пола 1,75 м. Это позволяет раздеваться сидя.

Угловые кабины имеют три места. Над каждым сидением имеется вешалка-крючок. У выхода из раздевальной в комнату отдыха можно повесить два зеркала. Температура воздуха в раздевальной и комнате отдыха должна быть не менее 20°.

Обмен воздуха по Айзиковичу за один час должен быть: в душевой—3, в ванной—от 2 до 2,5, в теплолечебном отделении—от 2 до 3, в комнате отдыха — 2, в грязелечебном отделении — от 3 до 4.

Комнаты отдыха в водолечебницах всех типов устраивают вблизи выхода из процедурной, так как больной должен отдыхать до одевания. В этих комнатах устанавливаются шкафы с ящиками-клетками для хранения 'белья ((простынь, полотенец) больных, принимающих процедуры.

Во всех типах водолечебниц предусмотрена организация сушильных комнат, устраиваемых по принципу подачи тепла от калориферов, расположенных под снимающимся решетчатым полом, что очень удобно для соблюдения чистоты сушильной комнаты. Взамен сушильных комнат можно устроить сушильные шкафы. В сушильных комнатах запроектированы запасные двери на случай, если водолечебницей будут пользоваться как обмывочным пунктом. Для этой же цели введены резервные души и души над ваннами.

Процедурные комнаты нужно обеспечить достаточной вентиляцией с температурой воздуха от 22° до 25°. Душевые установки в водолечебницах всех типов можно отделить друг от друга перегородками из фанеры, выкрашенными белой краской. Высота и -глубина перегородок — по 1,5 и. Рекомендуется заменить фанерные перегородки более практичными — из толстого матового стекла, вставленного в никелированный ободок.

Рекомендуется также около каждой ванны оборудовать чаши из никелированных трубок, через которые пропускается горячая вода. Эти чаши служат для обогрева простынь, полотенец принимающих процедуры больных. Такие чаши установлены в санатории «Архангельское» изобретателем Халинским.

У кабины для душа Шарко можно установить краны с горячей и холодной водой для отпуска обливаний и других процедур. Игольчатый душ как не особенно ходовую процедуру .рационально поместить в кабину душа Шарко. Ширина кабины для восходящего, дождевого и парового душа — 1 м, для циркулярного душа, сидячей ванны и душа Шарко— 1,5 м.

Стены процедурной (ванной и душевой) выкладываются обычной белой плиткой на 2—2,5 м от пола.

Взамен обычно принятого в процедурных комнатах решетчатого настила поверх плиток мы впервые в 1929 г. в водолечебнице 2-го дома РВС устроили обогрев пола в ванной и душевой, проложив под плитками систему И-образных труб, по которым циркулирует пар из котельной водолечебницы. Трубы покрывают песком. Нововведение вполне оправдало себя и освободило от необходимости иметь деревянный решетчатый настил. Кроме того, утепление пола имеет большое преимущество зимой, так как служит добавочным фактором отопления процедурных помещений.

Рационально иметь в процедурных комнатах резервные отопительные калориферные батареи, работающие от котельной водолечебницы. Они также могут служить отопительным резервом зимой.

По длин нику ванной и душевой по обоим их краям проводят желобоватые стоки, а середину пола рационально несколько .приподнять для ската воды к этим желобам, ведущим к трапам, соединяющимся с канализацией.

В водолечебнице первого типа раздевальные рассчитаны на 18 мест, комната отдыха снабжена 3 кушетками и 2 креслами для отдыха; в процедурной поставлены 3 ванны. Место для тепловых процедур и укутываний целесообразно отделить от ванной и душевой легкой перегородкой с входной дверью. Все остальные водяные процедуры можно отпускать в одной комнате. Это д-ает экономию на обслуживающем персонале.

Раздевальная в водолечебнице второго типа спроектирована на 22 места, комната отдыха снабжена 4 кушетками и 3 креслами. Количество мест для отдыха значительно меньше, чем мест для раздевания, так как отдыхать приходится главным образом после углекислых ванн, укутываний и пр., а после душевых процедур отдыха не требуется. Комната укутываний <2,5 X 2,5 м) изолируется легкой фанерной перегородкой, ее можно использовать и для грязе-торфолечения.

В процедурной запроектировано 5 ванн, из них в 2 можно отпускать углекислые ванны.

Ванное и душевое отделение, как и в лечебнице первого типа, для экономии обслуживающего персонала проектируется в одной комнате.

Раздевальная в водолечебнице третьего типа рассчитана на 30 мест. В комнате отдыха можно установить 7 кушеток и 3 кресла. Комнаты для термотерапии, укутываний, ванная и душевая изолированы друг от друга легкими перегородками фанерного типа, окрашенными масляной краской.

В комнате для укутываний при надобности организуют грязе-торфонагрев.

Первую ванну при входе можно изолировать легкой фанерной перегородкой (для отпуска искусственных сероводородных ванн).

В кабине душа Шарко помещается пылевой душ (не часто применяемая процедура). В кабине для ванн Гауфе (шириной 1,5 м) запроектирована раковина для горячей и холодной воды с рукавом-шлангом для мытья полов душевой и ванной комнат. Кабина для двуместных паровых душей имеет «ширину 2 м, размеры других кабин такие же, как и в водолечебнице первого типа. Дождевых душей проектируется 2, не считая 7 душей специального назначения над каждой ванной.

В водолечебнице третьего типа введен лежачий душ по Гольдбергу [1] (см. табель № 4 медико-санитарного имущества для физиотерапевтических кабинетов частей и учреждений Красной Армии, 1940 г.). Преимущества этого душа заключаются в следующем: принимая душ лежа, больной не утомляется, что особенно важно для переутомленных и истощеных людей, нуждающихся в легкой тонизирующей процедуре; принимать такой душ могут больные с повреждениями нижних конечностей. »»

Мы использовали такой душ во время войны и после нее, так как у нас были контингенты больных с поражением нижних конечностей.

Особенно рекомендуется лежачий душ для приемных покоев стационарных лечебных ■ заведений взамен обычных гигиенических ванн (при приеме больных в стационар). Это удешевляет установку и значительно упрощает технику приема больного.

•Гольдберг Н. Г.. Лежачий душ новой ко негру каки, Курортология и фи зкотерапия, № 5, 1936.

Вся установка состоит из следующих частей: 1) горизонтально расположенной 1,5—2-дюймовой трубы длиной 50 см, уплощенной по горизонтали, с отверстиями на стороне, обращенной к кушетке. Конны трубы загнуты вверх для удлинения площади душевой струи. Вода в нее подводится из полукольцевой трубы, соединяющей ее с водопрово-

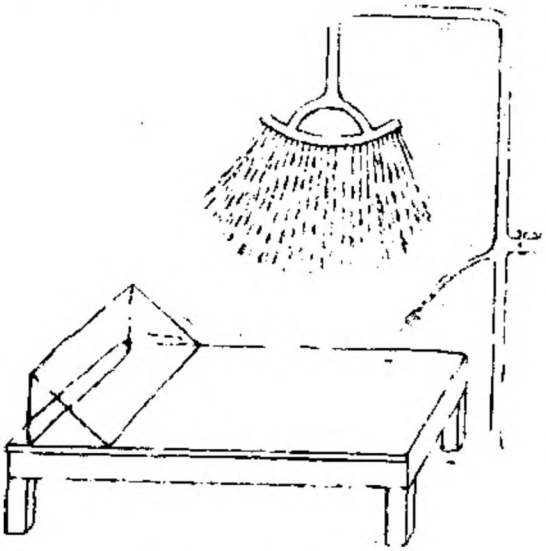


Рис. 6. Лежачий душ

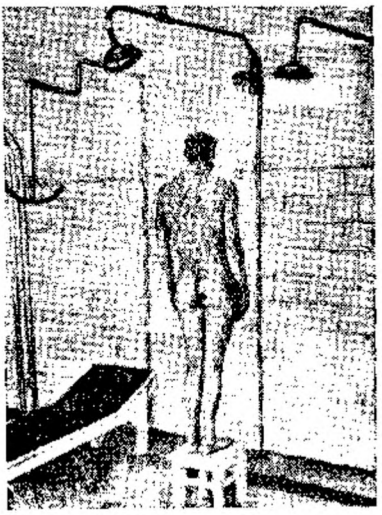


Рис. 7. Модернизированный дождевой душ

дом; 2) резинового шланга с наконечником душа Шарко, который предназначен для больного, имеющего повязки или гипс и подлежащего частичному обмыванию; 3) подвижной деревянной' кушетки на коротких ножках с передвижным деревянным подголовником (это позволяет пользоваться душем больным разного роста). Кушетку и подголовник покрывают резиновым ковриком, удобным для мойки и дезинфекции.

Холодную и горячую воду подводят к этому душу, как обычно. В водолечебнице установку можно связать с душевой кафедрой, в приемном покое стационара ее монтируют и независимо от кафедры.

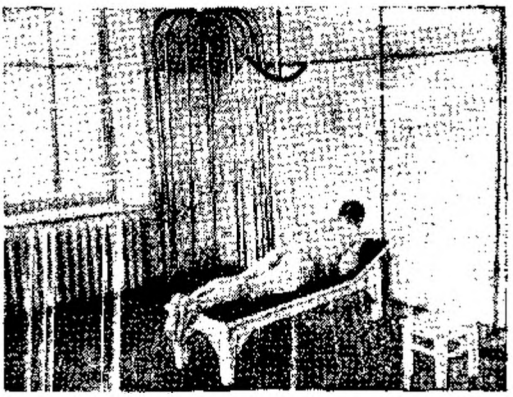


Рис. 7а. Лежачий душ

Мы рекомендуем монтировать к душевой кафедре (взамен пылевого или игольчатого, которыми -пользуются чрезвычайно редкой введенный нами в водолечебную практику модернизированный дождевой душ.

Основной принцип его конструкции — расположение двух дисков для дождевого душа под углом. Наклон дисков таков, что принимающий процедуру находится под двумя сходящимися широкими струями воды; при этом голова может остаться сухой, что целесообразно при некоторых функциональных заболеваниях нервной системы. В зависимости от роста принимающему процедуру приходится при приеме процеду-

ры, чтобы не замочить головы, вставать на подставку (низкую табуретку).

Этот душ в сравнении с обычным дождевым физиологически воздействует 'более сильно.

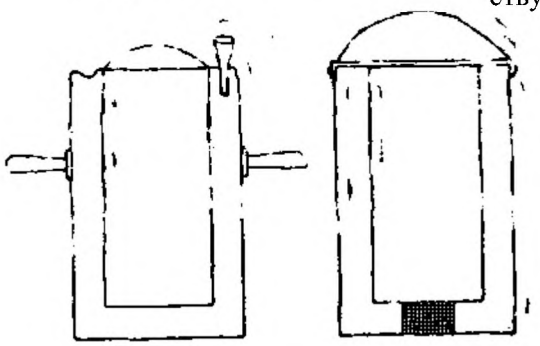


Рис. 8. Простейшая аппаратура грязе-торфо-парафннбкагрева

Мы рекомендуем пользоваться модернизированным дождевым душем при функциональных заболеваниях нервной системы (при депрессивных состояниях), воздействуя душевой струей на область позвоночника.

Е-сли водолечебница может -получать грязь или торф, следует организовать грязе-торфолечение. Для торфо-грязевых апликаций не требуется сложного оборудования, их можно отпускать в любых условиях.

*

Грязе-торфокухню устраивают в комнатах тепловых процедур, удалив из них часть коек и аппаратуры.

В водолечебницах всех типов можно также организовать и парафинотерапию.

Для отпуска значительного количества процедур парафина рационально предусмотреть специальное помещение, но возможно это делать и в процедурной водолечебницы.

Для нагрева торфа, грязи и- парафина -мы разработали специальную простейшую аппаратуру[1], в которой соблюден обычный принцип нагрева на водяной бане.

Опишем два варианта предлагаемой аппаратуры.

Первый вариант. В цилиндрический сосуд из оцинкованного железа высотой 45 см и диаметром 30 см вставляют такой же сосуд несколько меньшего размера. Верхняя перемычка скрепляет оба сосуда и имеет с каждой стороны по одному круглому отверстию для наливания воды в меж цилиндровое пространство. Внутренний сосуд имеет крышку, а наружный по бокам снабжается двумя деревянными ручками. При малых размерах сосудов ручки можно сделать, как у ведер. После того как внутренний сосуд наполнен грязью, торфом или парафином, в межцилиндровое пространство наливают воду. Аппарат подогревают на любом источнике тепла — керосинке, примусе, электроплитке, жестяной печи и т. д.

Второй вариант. Изготовляют 2 ведра цилиндрической формы, из которых одно высотой 45 см и диаметром 30 см, а другое на 2,5—3 см ниже и меньшего диаметра. На дно большего -ведра кладут половину кирпича (или иную подставку), на которую ставят ведро меньшего размер'а с грязью, торфом или парафином. В межведерное пространство наливают воду. Оба ведра накрывают общей деревянной крышкой.

«Если приходится отпускать процедуры парафина в небольшом количестве, размеры аппаратов следует уменьшить, а для отпуска большого количества грязевых процедур, наоборот, — увеличить.

Нагрев производят на любом источнике тепла, как в первом варианте.

Парафин из сосуда для нагрева наливают в кастрюльку обычной столовой разливательной ложкой.

[1] Гольдберг Н. Г., Простейшее оборудование грязе-торфонагрееа-, Редиздат-■отдел Г ВС У Красной Армии. Обмен опытом, № 3, 1944.

Аппараты обоих вариантов настолько просты» что их можно сделать своими силами из подручных материалов в любом лечебном учреждении. Проще сделать аппарат второго варианта, ио аппарат первого варианта удобнее.

Чрезвычайно полезно во всех типах водолечебниц организовать отпуск жемчужных ванн (рнс. 9). Жемчужные ванны [1] получают, пропуская воздух под давлением от одной до двух атмосфер через очень небольшие отверстия в системе решетчатых трубок, уложенных на дне ванны.

Мелкие пузыри, поднимаясь со дна ванны кверху, дают очень приятное ощущение. В зависимости от силы давления воздуха, можно полу-

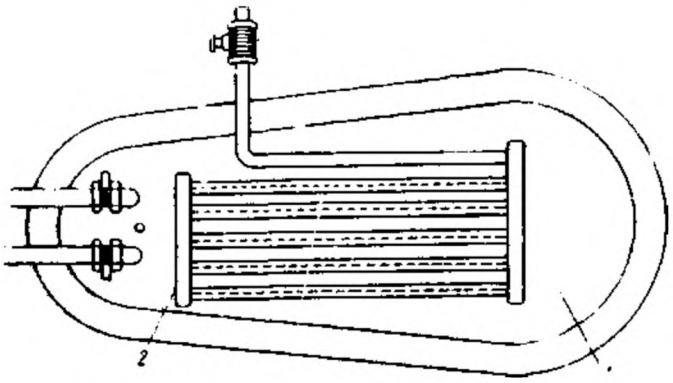


Рис. 9. Схематический разрез решетки жемчужной ванны

чить легкое раздражение кожи или довольно сильный водяной массаж, что способствует значительному повышению обмена.

Одновременно могут быть введены и элементы минеральных ванн ^морская соль, щелочь), лекарственных ванн (сосновый экстракт и пр.) соответственно целям терапевтического вмешательства.

Для устройства подобной ванны мы .рекомендуем использовать компрессор двойного действия системы Михайловского с рабочим давлением до 6 атмосфер. Компрессор ременной передачей соединяют с мотором мощностью до 2 переменного тока, 120 V, 1 500 об/мин. В качестве воздухосборника годится баллон для углекислого газа емкостью 25 л.

Баллон помещают вдоль установки компрессора и мотора на устойчивых железных кронштейнах; к верхней части баллона необходимо приделать (электросварка!) 3 железные муфты в дюйма (для предохранителя и манометра, для выхода воздуха и подводки его к ванне и для входа воздуха из компрессора).

Входное отверстие в баллон необходимо использовать для второго ввода воздуха из компрессора, также приварив ’/г-дюймовую муфту.

К противоположной стороне баллона приваривают полудюймовую муфту с краном для выпуска конденсата.

Конструкция компрессора предусматривает циркулирующее водяное охлаждение, поэтому необходимо подвести к нему холодную воду из трубопровода водолечебницы, а слив воды подводят к раковине умывальника.

Всю установку (компрессор, -мотор и воздухосборник) закрепляют на полу на деревянной платформе 1,5 м длины и 5 см толщины. Для

‘Гольдберг Н. Г., Рациональная организация установки жемчужных ванн. ВСД, № 4-5. 1940.

уменьшения шума под платформу по всей ее площади необходимо подложить в несколько рядов резиновую дорожку.

Установку для жемчужных ванн можно вынести в котельную водолечебницы. Однако -рубильник для включения мотора и манометр, показывающий давление воздуха в воздухосборнике, должны остаться в водолечебнице. Это несколько удлиняет трубопровод, подающий воздух к ванне. Решетка *(2)* с отверстиями состоит из 5 продольных трубок длиной 106 см и 2 поперечных трубок по 23 см. Каждая продольная трубка около 2 см в диаметре.

Продольные трубки имеют небольшие отверстия для выхода воздуха, расположенные в шашечном порядке на боковых поверхностях трубок на расстоянии 5 см одна от другой. Поступление воздуха в ванну (/) регулируется краном (<?).

Решетку с трубками делают из латуни и никелируют.

Сложность оборудования жемчужных ванн только кажущаяся. Предлагаемую нами конструкцию можно выполнить без особого труда в любом лечебном заведении, где имеется водолечебница. Для этого нужны только мотор и компрессор.

Опыт работы с жемчужными ваннами в течение ряда лет показал, что жемчужные ванны улучшают обмен веществ; они показаны при ожирении, истощении нервной системы, особенно при депрессивных состояниях; по своему физиологическому воздействию жемчужные ванны— сильная тонизирующая процедура и может заменить общий массаж.

Отметим, что если при организации водолечебницы нет полного комплекта душей и ванн, площадь водолечебниц нужно соответственно уменьшить.

При организации специальных грязелечебниц необходимо оборудовать небольшие отстойники, «грязеуловители», в трапах и спусках грязевого процедурного зала, душевой, грязевой кухне и в помещении для регенерации грязи.

Мы считаем, что и примитивная водолечебница, всего лишь с несколькими ваннами и дождевыми душами, но организованная с грязеторфо-ларафинолечением, имеет практическое значение и ценность.

★

Майор мед. службы И. Л. КОРОТКОВ

БИХРОМАТНЫЙ СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВИТАМИНА С В НАСТОЯХ

Принцип способа заключается в окислении бихроматом йодистого калия до молекулярного иода и в восстановлении иода аскорбиновой кислотой при титровании настоем. Эти реакции в присутствии крахмала выявляются посинением, а затем обесцвечиванием раствора при титровании.

Реактивы: 1) Ы/10 раствора бихромата калия из 4,903 г К2СГ2О7 на 1 л H_2O; 2) 10% раствор йодистого калия в темной склянке (раствор должен быть бесцветным); 3) раствор соляной кислоты в разведении 1:2; 4) 1% раствор крахмала (для консервирования этого раствора рекомендуется добавлять 10% поваренной соли).

Кроме перечисленных реактивов, требуются 2 лабораторные пробирки или склянки на 25 $см^3$ и 4 пипетки типа глазных. Пипетки следует закрепить за реактивами (сделать соответствующие пометки). Для титрования нужна градуированная пипетка на 5 мл с делениями до 0,05 или, что доступнее, глазная пипетка е определенным числом капель ■на 1 мл.

Пипетку для бихромата калия следует тщательно выверить на число капель, даваемых ею на 1 мл. Это необходимо для установления объема капли и количественного ее соответствия аскорбиновой кислоте, исходя из'того, что 1 мл Д4/10 раствора бихромата соответствует 8,8 мт аскорбиновой кислоты.

Порядок определения витамина С в настоях

1. Для настоев из сосновой хвои, плодов шиповника, листьев березы, липы следует в пробирку внести 1 каплю би хромата калия, 2 капли йодистого калия, 2 капли соляной кислоты, 2 капли крахмала и прибавлять настой до обесцвечивания. Для уточнения определение повторить 1—2 раза.

2. Для настоев кедровой хвои реактивы те же, но вместо 2 капель соляной кислоты надо внести 1 каплю и добавить 3—4 мл воды, чтобы понизить кислотность среды. Без добавления воды результат искажается. Титрование проводится до чуть заметной голубоватой опалесценции.

3. Для настоев хвоя, ели и пихты, наоборот, требуется повысить кислотность среды, иначе получаются завышенные результаты, поэтому вместо 2 капель раствора соляной кислоты нужно внести 3—4 капли и. титровать до исчезновения синеватой окраски.

В тех случаях, когда на титрование расходуется около 1 мл настоя, для повторного определения требуется вносить 2 капли бихромата (остальные реактивы без изменения) с тем, чтобы на титрование расходовалось не меньше 1,5—2 мл настоя. И наоборот, в тех случаях, когда настой беден витамином и его на титрование много расходуется (допустим, более 5 мл), необходимо в запасной пробирке или склянке развести каплю бихромата в 2—4 раза и пользоваться разведенным бихроиатом. При этом получаются более надежные результаты. Титрование проводят без задержки в течение примерно полутора минут, потому что при замедленном титровании могут получиться преувеличенные цифры содержания витамина. Первое определение является ориентировочным и уточняется повторными.

Вычисление результатов определения производится по объему настоя, израсходованного на титрование, и по количеству бихромата калия, взятого для реакции по формуле

$$X = \frac{a \cdot 8{,}8}{} = 100 \text{ мг*/»},$$

где *а*—объем раствора бихромата калия; й— объем настоя, израсходованного на титрование; 8,8 — коэфициент для перечисления М/10 раствора бихромата калия на соответствующее количество аскорбиновой кислоты. Практически формула сокращается за счет применения готовой, уже вычисленной, величины — *а* • 8,8 ♦ 100, которая для 1 капли данной пипетки является постоянной. Если ее значение выразить через *А,* то формула получает простой вид

$$x = \frac{A}{\text{мг\%}}$$

П рим ер. Взята 1 капля бихромата и по-2 капли прочих реактивов.

Объем капли бихромата равен 22 мл. В пересчете на аскорбиновую кислоту такая капля соответствует 0,4 мг и величина *А. для* нее равна 40. На титрование израсходовано 1,6 мл настоя.

Содержание витамина С в настое:.

$$x \sim \frac{2 \quad 8}{22 \cdot 1^{2}} = 25' \text{ мг.\%}$$

или по сокращенной формуле

$$x = 1 \qquad = 25 \text{ мг}^{11}/».$$

Для определения витамина в концентрате берут навеску в 1 г, разводят подкисленной водой до 100 мл. Бихромат употребляют разведенный в 5—10 раз. К 1 капле бихромата в пробирку добавляют 2 капли соляной кислоты, 1 каплю раствора йодистого калия и 2 капли крахмала. Титрование раствором производят в .присутствии «свидетеля»—пробирки с разведенным концентратом. Титруют до получения одинаковой буроватой окраски *(лри просматривании на свет). Вычисление, произведенное на 100 мл раствора, дает количество витамина в 1 г концентрата.

★

Подполковник мед. службы А. А. ШАПОШНИКОВ

МЕРОПРИЯТИЯ ПО УМЕНЬШЕНИЮ БОЕВЫХ ПОТЕРЬ ЛИЧНОГО СОСТАВА ТОРПЕДНЫХ КАТЕРОВ

Торпедные катеры в годы Великой отечественной войны выполняли огромное количество разнообразных боевых заданий. Операции катеров часто сопровождались большими потерями в личном составе. В связи с этим встает вопрос: можно ли и какими путями уменьшить потери среди личного состава катеров. Вопрос этот очень важен, тем более что восполнение боевых потерь личного состава —дело сложное, так как обучение в военное время специалистов-катерников связано с большими трудностями.

«Целостность корабля тесно связана с жизнью экипажа, параллельно с разрушением корабля нарастают и потери, с гибелью же ето гибнет и большая часть команды, а нередко и весь личный состав» *. Если это положение применимо к боевым кораблям вообще, оно тем более применимо к торпедным катерам, обладающим небольшой живучестью, исключительно жестким боевым фасписанием и крайне ограниченными возможностями замены личного состава, выбывшего из строя после ранений.

Основным средством профилактики боевых потерь личного состава на торпедных катерах являются высокая маневренность, большая скорость и полное использование имеющегося оружия. Но часто при внезапном нападении противника (авиации), массированном огне его кораблей часть вооружения катера выходит из строя, а сам корабль получает повреждения, лишающие его основного свойства — скорости. Бронирование же корпуса для увеличения живучести невозможно, так как уменьшает скорость и ;маневренность катера. Все 'Мероприятия по профилактике боевых потерь можно разделить на четыре группы.

1. Непосредственная защита у людей определенных анатомических областей, повреждение которых жизненно опасно, — так называемая «физическая профилактика боевых ранений» ®.

2. Защита боевых .постов катера, на которых наиболее часто поражается личный состав. Защита должна быть устроена так, чтобы не увеличивать сколько-нибудь значительно общего веса корабля.

3. Обеспечение личного состава катера индивидуальными и коллективными спасательными средствами.

4. Спасение личного состава в море после гибели катеров.

Основная идея физической профилактики ранений по Самарину заключается в предупреждении ранений осколками с малой пробивной силой, так как разрешить проблему защиты человека броней от пуль и снарядов современного огнестрельного оружия, обладающих громадной пробивной силой, вряд ли достижимо.

Во время Великой отечественной войны случаев тяжелых, иногда смертельных, пулевых ранений среди личного состава катеров в резуль-

[1] Шестов В. И,, Лечебно-эвакуационное обеспечение Военно-Морского Флота з военное время, Военмориздат, 1939.

[е] Самарин Н. Н., Физическая профилактика боевых ранений в современной эойие, Военно-морской врач, № 3, 1943.

тате пулеметного обстрела и тяжелых ранений осколками авиабомб и снарядов было не мало. Однако большинство ранений были легкими или средней тяжести и в значительной части случаев наносились осколками корпуса катера. Поэтому можно считать, что физическая профилактика ранений по Самарину на катерах вполне осуществима. Об этом свидетельствует и опыт Великой отечественной войны. Для защиты личного состава верхней команды катеров сначала применяли каски, а затем с лета 1944 г. на некоторых соединениях щитки-панцыри Трояновского.

О том, что стальная каска резко сокращает количество смертельных ранений в .голову, превращает их в ранения средней тяжести или даже легкие, известно еще со времени первой мировой войны. Наши собственные наблюдения в Отечественную войну говорят о том, что чаще всего смертельные ранения в голову получали люди, пренебрегавшие каской по тем или другим причинам. На этом можно было бы не останавливаться, если 'бы теперь не стали вновь раздаваться голоса против применения касок. Так, например, один из флагманских врачей соединений торпедных катеров в своем отчете говорит: «Каска мало предохраняет от осколков и пуль, так как она легко пробиваем^ крупнокалиберными пулями и снарядами автоматических пушек. Кроме того, при малых габаритах помещений и боевых постов торпедного катера каска задевает за борта и узкие отверстия люков и проходов, ограничивает движение головы при наблюдении и, если слабо закреплена, больно бьет по голове при толчках и рывках по ходу катера. Поэтому личный состав обычно пренебрегал ими и предпочитал ходить в боевые операции без касок; они на катере были, но не надевались». К этому можно добавить резюме: «а флагманский врач и командиры катеров ничего не делали, чтобы привить должное уважение к каске».

По нашему мнению, весь личный состав катера (а не только его верхняя команда), отправляясь в любую боевую операцию, должен обязательно надевать каски.

Щитки-панцыри Трояновского введены на вооружение личного состава с весны 1944 г., и только катеров типа «Д-3», одного из соединений Краснознаменного Балтийского флота. По мнению некоторых врачей, щитки-панцыри довольно надежно защищали грудь и живот. Однако мы не можем указать ни одного случая, когда личный состав катера, выходя в море, надевал бы панцырь. Дело в том, что в случае гибели катера.освободиться от панцыря, да еще при надетой каске, очень трудно. Еще труднее снять его при повреждении верхних конечностей. Большой вес (свыше 10 кг) панцыря, кроме того, сильно уменьшает подвижность человека, а следовательно, и его боеспособность. Это и явилось основной причиной отказа катерников от пользования панцырем.

Идея применения панцыря, прикрывающего тело бойца от пуль и осколков, не нова. Еще в первую мировую войну, как сообщает проф. Н. Н. Самарин, англичанин Уолкер, уролог по специальности, работая на различных участках фронта, подметил, что очень многие раненые умирают в окопах от ранений груди, причиненных маленькими осколками гранат, поражающих какие-либо крупные кровеносные сосуды. Отсюда Уолкер сделал вывод о необходимости прикрывать часть груди какой-либо металлической пластинкой, не способной, правда, противостоять пробивающей силе пули, направленной прямо, но вполне пригодной для защиты груди от осколков с малой пробивной силой. Тогда же он был назначен «экспертом по легким доспехам». Основная мысль автора заключалась в предупреждении ранений осколками с малой пробивной силой.

Развивать мысль в таком же направлении в отношении катеров за счет снижения подвижности личного состава, а главное за счет лише-

дня его возможности спастись в случае гибели катера, по нашему мнению, нецелесообразно. Нельзя механически переносить с берега на корабль идеи «физической профилактики ранений». Поэтому-то и не .привились металлические панцири. Возможно, что панцыри, изготовленные из материала, обладающего положительной плов учесть» или лишь самой минимальной отрицательной лловучестью (например, из прессованной фибры), встретили бы у катерников более радушный прием.

Большую роль в профилактике ранений у катерников во время Великой отечественной войны сыграли капковые бушлаты, предназначен-.ные для удержания человека на воде. Это отмечают все флагманские врачи соединений катеров. Капок способен защищать человека от поражения небольшими осколками мин и снарядов, а иногда и пулями. Исключительно хорошо он удерживает осколки дюралюминиевой обшивки катера и деревянные щепки. Это мы наблюдали неоднократно. Нередко в капке-бушлате обнаруживали по нескольку десятков мелких осколков. Но это не все. Капковый бушлат обладает еще одной положительной стороной. Во время Великой отечественной войны неоднократно отмечались случаи разрыва внутренних органов у людей, плавающих в воде при разрыве вблизи глубинных и авиабомб. Опыты, произведенные рядом авторов установили, что лучшим способом защиты от действия взрывной волны являются спасательные рубахи из капкового материала. Авторы делают вывод, что все моряки должны иметь спасательные рубахи из капкового или иного материала, закрывающие не только грудь, но и живот. Для усиления защитных свойств капкового бушлата рекомендуется вкладывать в специальные карманы или подвешивать на внутренней поверхности металлические или другие (спрессованные фибровые) пластинки, защищающие прежде всего область сердца и живот. Мысль об использовании левого нагрудного кармана для вкладывания пластинки, защищающей сердце и сосуды от ранений, по мнению проф. Н. Н. 'Самарина, принадлежит Дэйтону. Карман рекомендуется пришивать там, где укажут врачи.

Если бронирование корпуса катера или отдельных боевых постов его неосуществимо, так как уменьшает скорость — основное тактическое преимущество корабля, то усиление дюралюминиевой иля деревянной обшивки, как показал опыт Великой отечественной войны, вполне возможно.

Так, в ряде отчетов флагманских врачей соединений катеров можно найти следующие замечания: «пробковые пояса, которые навешивались на борта боевой'рубки, ослабляли пробивную силу средних и мелких осколков, причем иоражаемость личного состава была более легкой и поверхностной» или «бронированная защита боевой рубки и моторного отсека в виду 'большой площади, занимаемой ими, невозможна, но обкладывание их пробковыми матрацами так же необходимо и вполне целесообразно».

Большинство авторов для защиты отдельных боевых постов предлагает использовать тот же капок, так хорошо зарекомендовавший себя в капковых бушлатах. Для защиты же пулеметной турели — самого активного боевого поста, необходим броневой щит. С этим согласны все авторы. Личный состав у пулеметных турелей на катерах типа «Г-5», по нашим данным, выходит из строя чаще всего. Это можно объяснить тем, что пулеметная турель—наиболее открытый пост, в то же время он наиболее опасен для противника, особенно для авиации. Поэтому при сближении противник стремится уничтожить этот пост в первую очередь.

'Тимофеев Н. С., Действие разрывной волны на органном человека, Военно-морской врач, № 2, 1944.

Броневой шит, вращаясь вместе с пулеметом, в любом положении будет защищать переднюю поверхность туловища и нижние конечности пулеметчика.

Толщина брони должна быть 0,8 — 1 см, а общий вес щита— 15 кг, чго не может существенно повлиять на скорость хода катера.

Второе место по величине потерь дает боевая рубка. Кроме применявшихся во время Великой отечественной войны пробковых матрацев, для защиты командира катера, боцмана, старшины группы мотористов и радиста (на высоте их туловища), некоторые авторы предлагают навесить с внутренней стороны по бортам рубки капковые матрацики размером 80 X 40 см и толщиной 10—12 ом.

Навешивание таких матрациков внутри рубки, по нашему мнению, нецелесообразно, так как при этом уменьшится и без того малый ее объем. Более приемлемо другое предложение: навешивать с внешней стороны рубки два больших пробковых матраца, один для защиты переднего среза, т. е. непосредственно самой рубки, и другой—для заднего среза, т. е. для защиты пулеметчика у пулеметной турели. Оба матраца должны охватывать всю боевую рубку, включая и пулеметную турель.

Нам кажется, вместо пробки лучше брать капок, а крепление матрацев к скобам ребер боевой рубки сделать таким, чтобы матрацы автоматически отделялись от рубки при гибели катера и, всплывая на поверхность, могли служить коллективными спасательными средствами.

На третьем месте по величине потерь экипажа стоит моторный отсек, причем, по нашим данным, на катерах типа «Г-5» величина потерь личного состава моторного отсека приближается к потерям личного со-, става (боевой рубки и турели других катеров, кроме катера типа «Д-З». На последних разница в потерях личного состава рубки и моторного отсека выражена значительнее. Это можно объяснить различным расположением моторного отсека. На катерах типа «Г-5» моторный отсек находится впереди рубки н на ходу катера открыт для воздействия огня противника. На катерах же типа «Д-З» моторный отсек, расположенный позади боевой рубки, на ходу катера до некоторой степени закрыт «усами» — волной, расходящейся от катера. Поэтому целесообразно-усилить защиту моторного отсека на катерах типа «Г-5».

Майор мед. службы Г. П. Егоров считает, что для предохранения моторного отсека нужно торпедные катеры уже при постройке снабжать сверху просмоленными капковыми покрывалами (в виде попон) толщиной 10—12 см и закреплять эти покрывала на специальных кольцах верхней палубы светового люка моторного отсека. Края защитного покрывала должны доходить с боков до привального бруса, край, доходящий до боевой рубки,— покрывать ее переднюю стенку, а противоположный край капкового покрывала—доходить до люка моторного отсека. Легкость материала не снизит ни скорости, ни маневренности катера.

К этому мы можем добавить то же, что говорили о креплении к боевой рубке матрацев. Предлагаемое нами крепление позволит использовать покрывала в качестве коллективных спасательных средств при гибели катера.

В числе погибших от неизвестных причин значительную часть составляли утонувшие. Профилактика этой категории потерь неразрывно связана с обеспечением личного состава торпедных катеров индивидуальными и коллективными спасательными средствами. Этот вопрос достаточно полно освещался в печати, и мы остановимся на нем лишь вкратце только в применении к торпедным катерам.

Для различных типов катеров разных театров военных действий и характера боевых операций значение спасательных средств далеко не одинаково.

Например, личный состав катеров типа «Г-5», действовавших в 1943 г. в Финском заливе вблизи своих баз, достаточно было обеспечить индивидуальными спасательными средствами. Малые габариты этих катеров не допускали применения коллективных средств спасения. Наоборот, для личного состава катеров Северного флота, имевших большое водоизмещение и действовавших в условиях полярной ночи в значительном удалении от своих (баз, •исключительно важное значение приобретали коллективные спасательные средства.

Из индивидуальных спасательных средств во время Великой отечественной войны наиболее широко применяли капковые бушлаты и жилеты, пробковые нагрудники и матрацы. Капковые бушлаты пользовались у личного состава катеров особенно большой популярностью. Они достаточно легки, теплы, не стесняют движений и достаточно долго удерживают наплаву.

По данным подполковника мед. службы В. М. Медвенского[1], при испытаниях в 1941 г. выяснилось, что бушлаты удерживали людей на воде около 7 часов, а в 1944 г, —только 2—3 часа, после чего люди тонули. Понижение пловучнх свойств капковых бушлатов автор объясняет пропитыванием их машинным маслом и многократным смачиванием водой. Следует промокаемый верх бушлата заменить непромокаемым из лидероля или другого подобного материала.

Наши наблюдения говорят о том, что капковые бушлаты могут удерживать наплаву значительно дольше. В сентябре 1943 г. после гибели М-ского катера Краснознаменного военного флота труп одного из членов экипажа был выброшен волной на берег острова Лавансара на третьи сутки после гибели катера. Данные медицинского осмотра и .патологоанатомического освидетельствования указывали, что смерть наступила примерно за сутки или полутора суток до того, как труп был выброшен на берег. Следовательно, матрос жил после гибели катера сутки, а возможно и более суток и, несмотря на осколочное ранение мягких тканей правого бедра, держался на воде.

В июне 1944 г. после гибели другого катера этого же соединения катеров личный состав катера, несмотря на имевшиеся тяжелые ранения и ожоги, держался наплаву больше 3'/а часов, пока людей не подобрал другой катер, высланный на поиски. Двое пострадавших, ныне Герои, Советского Союза, Кусков и Матюхин, несмотря на обширные ожоги рук, лица и тяжелые ранения, в течение 3[1]/-а—4 часов поддерживали одного из тяжело раненых офицеров.

Как в первом, так и во втором случае весь личный состав катеров имел капковые бушлаты, находившиеся в употреблении с 1942—1943 гг.

Мы вполне согласны с авторами, предлагающими снабдить капковые бушлаты и жилеты специальными воротниками, поддерживающими над водой голову плавающего, иначе при потере сознания он утонет. .

Пробковые нагрудники, которыми снабжались все катеры но числу личного состава, обычно хранились позади боевой рубки. Их складывали и привязывали пеньковым тросом. Этим спасательным средством катерники пользовались довольно редко—в случае быстрой гибели катера люди из верхней команды не замечали, как они оказывались в воде, а личный состав нижней команды не успевал выбраться из тесных помещений н тонул вместе с катером. Если же время давало возможность вспомнить о нагрудниках, чтобы воспользоваться ими, приходилось пеньковый трос перерезать пополам. Таким образом, крепление пробковых нагрудников к катеру нужно считать большим недостатком. Чаще всего нагрудники гибли вместе с кораблем.

[1] Мед венский В. М„ К вопросу о спасении людей на море, Военноморской врач, № 2, 1946.

Пробковые матрацы имелись на тех типах катеров, экипаж которых жил непосредственно на корабле, хотя бы только летом. Но на таких катерах пробковые матрацы находились в кубриках вместе с другими постельными принадлежностями, поэтому в качестве спасательных средств ими никогда не пользовались.

Заменить в матрацах пробку капком перед выходом в операцию, выносить матрацы на верхнюю палубу, использовать их для усиления защиты личного состава, находящегося в боевой рубке, снабдить креплением, автоматически освобождающим матрацы в случае гибели катера,— вот, по нашему мнению, те меры, которые дадут возможность использовать пробковые матрацы как спасательное средство.

По сообщению В. М. Мед венского, в германском флоте в качестве индивидуального спасательного средства применяли надувной жилет из прорезиненного материала[1]. Жилет состоял из передней и задней подушек (каждая из которых имела ряд изолированных отсеков) и воротника, поддерживающего голову в вертикальном положении. В жилет был вмонтирован небольшой баллон с сжатым воздухом. Эти жилеты сохраняли пловучесть неограниченно долго.

В нашем флоте таких надувных жилетов или аналогичных им жилетов типа ИСС на оснащении катеров не было. По всей вероятности, капковые бушлаты все же лучше и удобнее.

Заслуживает внимания опыт использования надувных спасательных поясов, которыми снабжены команды небольших кораблей флота США. Эти пояса обладают хорошей пловучестью, в случае нужды их можно использовать и для наложения иммобилизующих шин при переломах костей голени и бедра.

В качестве коллективных спасательных средств для команд катеров типа «Г-5» и «Д-3» можно использовать капковые маты, которые мы предлагали ранее для усиления защиты отдельных боевых постов. На торпедных катерах дальнего действия, имеющих большое водоизмещение, большой экипаж и длительно находящихся в море далеко от своих баз, необходимы более совершенные коллективные спасательные средства. Во время второй мировой войны на американских катерах типа «Элко» водоизмещением в 50,5 т и немецких катерах типа «Люрсен» водоизмещением в 115 т имелись небольшие надувные плотики с аварийным запасом продуктов. Продукты подбирались так, что при небольшом объеме и весе они обладали большой калорийностью.

Значительно труднее обеспечить такие плотики запасом пресной воды. Но и этот вопрос теперь, невидимому, решен. По имеющимся данным, работники Морского медицинского исследовательского института США (г. Бересда) разработали два метода осаждения солей из морской воды. Испытание этих методов в море дало вполне удовлетворительные результаты. Аппаратура очень проста и позволяет в один прием получить 500 см^3 питьевой воды.

Однако проблема профилактики потерь личного состава катеров еще не решается снабжением команд индивидуальными и коллективными спасательными средствами. Без должной организации работ по спасению потерпевших аварию индивидуальные и коллективные спасательные средства лишь отсрочат гибель ■ людей. Следующим этапом спасения людей являются настойчивые поиски в районе гибели катера. Опыт второй мировой войны говорит о том, что эту задачу лучше всего могут решить другие торпедные катеры, участвующие в этой же операции и находящиеся вблизи места гибели катера.

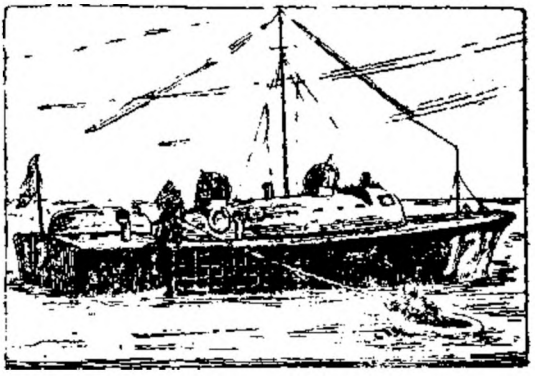
Для этой цели обычно в подразделении катеров, выходящем в операцию, выделяли катеры, на которые возлагали снятие команд с гтод-

[1] Немецкие спасательные жилеты и куртки свободно держат на поверхности воды человеке весом 200 фунтов (около 90 кг).

битых кораблей и спасение людей, плавающих в воде после гибели катера. В ряде случаев катеры-спасагели при приближении к подбитому судну и при спасении людей из воды сами подвергались ожесточенному обстрелу противника. При этом приходилось прибегать к постановке кольцевых дымовых завес.

Несмотря на низкобортность торпедных катеров, взобраться на борт катера-спасателя удается далеко не всем пострадавшим. Чтобы помочь им, обычно использовали все, что попадалось под руку, — футштоки, опорные крюки, бросательные концы. Опыт говорит, что катеры, предназначенные для спасения людей, должны иметь по обоим бортам специальные сетки, по которым пострадавшие могли бы взобраться на борт катера. Такие сетки, скатанные и закрепленные к фальшборту, не занимают много места.

Довольно частое сочетание ранений с общим охлаждением тела осложняет спасение пострадавших. По данным В. 'М. 'Медвенского, при температуре воды ,+ 13° уже через 30 минут у находящихся в воде здоровых людей коченеет все тело. Не только взобраться на борт, но и преодолеть волну от подходящего катера такие люди не могут и нередко, особенно при неблагоприятных метеорологических условиях, гибнут на глазах экипажа подошедшего катера-спасателя. Поэтому катер должен подходить только с подветренной стороны и на самой малой скорости. Личный состав катеров необходимо обучить приемам оказания помощи этой категории пострадавших, а катеры—снабдить запасом теплого белья, водки или спирта, а также необходимым медицинским имуществом. Для обеспечения конвойных операций, выполнявшихся нашими катерами в Карском море, на катер-спасатель выделялся также медицинский состав.



Спасательныи катер

Еще до начала второй мировой войны В. И. Шестовым достаточно четко была обоснована как необходимость спасательных судов, так и их основные тактико-технические данные.

По его мнению, для спасения утопающих и оказания помощи пострадавшим с разбитых катеров необходимы спасательные суда, укомплектованные медицинским составом, или специальные санитарные катеры, имеющие кабину с пунктом медицинской помощи. Такие катеры могут находиться на пловучей базе и высылаться по требованию. От спасательных судов в основном требуется быстроходность, низкобортность и специальные приспособления для извлечения пострадавших из воды. Это подтвердил опыт второй мировой войны. Флоту нужны специальные санитарные катеры, которые (можно использовать не только для спасения команд погибших кораблей, но и для медицинского обеспечения личного состава подразделений, участвующих в отдельных боевых операциях вдали от оперативных баз. Полное и целеустремленное использование таких специально построенных универсальных судов -возможно только в том случае, если они будут находиться в ведении флагманских врачей.

Во время Великой отечественной войны для спасения людей из воды широко применяли авиацию. Идея использования авиации для этой цели не нова. Еще во вре-мя -гражданской войны в 1919 г. при налете английских торпедных катеров на Кронштадт нашей гидроавиации, на-

ряду с боевыми заданиями, давались задания ло спасению команд с подбитых английских катеров.

В случае, когда при выполнении боевых заданий вдали от своих баз гибнет вся группа катеров, принимавших участие в операции, и место их гибели точно установить невозможно, авиация может оказать неоценимые услуги в спасении уцелевших людей. При летной погоде применение авиации для этих целей имеет ряд преимуществ: ббльшая скорость, большая площадь обзора, доступность районов, опасных для плавания, быстрая, минуя промежуточные этапы эвакуации, доставка пострадавших в базу флота, имеющую военно-морской госпиталь.

Выводы

1. Значительное уменьшение потерь личного состава торпедных катеров возможно только при условии полного осуществления всего комплекса спасательных мероприятий: а) непосредственной защиты личного состава от ранящего агента (осколков и пуль); б) защиты наиболее уязвимых боевых постов катера средствами, не снижающими значительно тактико-технических преимуществ этого класса кораблей; в) обеспечения личного состава индивидуальными и коллективными спасательными средствами; г) настойчивых поисков уцелевших членов команды в районе гибели катера спасательными катерами.

2. На кораблях, для которых выбор средств профилактики боевых потерь ограничен, необходимо использовать универсальные средства. В годы Великой отечественной войны проверены и оказались вполне хорошими капковые бушлаты. Капковые матрацы, используемые для усиления защиты отдельных боевых постов, могут служить и в качестве коллективных спасательных средств.

3. Выделение в составе подразделения катеров катера-спасателя вполне оправдало себя. Следует .разработать комплект имущества, необходимого для таких катеров, а также краткую инструкцию по оказанию помощи спасенным из воды.

4. Отечественная война подтвердила необходимость создания специальных универсальных катеров — санитарных катеров, являющихся одновременно и спасателями.

Инж. подполковник канд. те«н. наук В. М. ЦАРЬКОВ

РЕМОНТНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПОЛЕВОЙ САНИТАРНОЙ ТЕХНИКИ В ПЕРИОД ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ И ОЧЕРЕДНЫЕ ЗАДАЧИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РЕМОНТНОГО ДЕЛА

При изучении опыта работы военно-медицинской службы Красной Армии в тоды Великой отечественной войны небезынтересно осветить также и вопрос об организации ремонта полевой санитарной техники и медицинского имущества действующей армии.

Но прежде чем перейти к характеристике постановки ремонтного дела и ремонтных средств в военно-медицинской службе в годы Великой отечественной войны, сделаем небольшое замечание. В царской русской армии даже в период первой мировой войны 1914—1918 гг. санитарная служба не имела никаких собственных ремонтных организаций. Ремонт санитарной техники и медицинского имущества производился или в ремонтных организациях других служб армии, или в частных предприятиях за счет специально выделяемых средств.

В начале Великой отечественной войны военно-санитарная служба Красной Армии тоже не имела своих полевых ремонтных организаций, так как предполагалось, что в военных условиях средний ремонт полевой санитарной техники и медицинского имущества можно будет производить в ремонтных организациях других служб Красной Армии, а капитальный — в промышленных предприятиях, изготовляющих предметы медицинского оснащения.

Только в конце первого года войны, когда санитарная служба фронтов стала испытывать затруднения с размещением заказов на ремонт своего имущества в ремонтных организациях других служб Красной Армии, были созданы первые небольшие ремонтные мастерские при дезинфекционно-инструкторских отрядах (ДИОФ). Каждый фронт имел один такой отряд.

Основная задача дезинфекционно-инструкторских отрядов заключалась о подготовке младших специалистов по дезинфекционному делу для действующих войск. Поэтому ремонтным работам отводилась второстепенная роль. Ремонтные мастерские ДИОФ имели мизерный штат — всего 24 человека техников и рабочих разных специальностей. Между тем в системе санитарной службы фронта мастерская ДИОФ оказалась единственной организацией, занимающейся ремонтом санитарной техники и медицинского имущества.

Специальных органов по руководству ремонтом ни во фронтовой санитарной службе, ни в аппарате Главного военно-санитарного управления не было. Все вопросы, возникавшие на практике и касавшиеся ремонта медицинского имущества, решались заготовительным отделом Управления медико-санитарно-хозяйственного снабжения ГВСУ Красной Армии, основной функцией которого была заготовка полевой санитарной техники и снабжение ею фронтовой санитарной службы.

Главным объектом ремонта в мастерских ДИОФ явились дезкамеры, душевые установки и водогрейные приборы. Здесь особенно сказалась забота руководящих санитарных начальников о поддержании в работоспособном состоянии техники армейских ОДР как наиболее эффективного средства борьбы против эпидемических заболеваний в действующих войсках. Однако ремонтные мастерские ДИОФ не справлялись в полной мере ни с текущим, ни со средним, ни с капитальным ремонтом, так как не имели для этого достаточных возможностей. Таким образом, на некоторых фронтах создавалась угроза, что парк санитарно-дезинфекционной техники быстро выйдет из строя.

Промышленные предприятия, загруженные заказами по изготовлению различных видов вооружения и снаряжения для фронта, не смогли брать на себя ремонт санитарной техники. Полевые ремонтные организации ряда служб Красной Армии были перегружены ремонтом и восстановлением техники своих служб и в первую голову — боевых средств.

В связи с этим в 1944 г. для усиления существующих фронтовых ремонтных мастерских ДИОФ были организованы две подвижные ремонтные базы: одна в Киеве, другая — в Москве. Это мероприятие было тем более необходимо, что в годы войны парк санитарно-дезинфекционной техники в войсках непрерывно пополнялся, медицинские учреждения непрерывно оснащались все более и более сложным медицинским имуществом.

Таким образом, опыт войны показал нереальность предвоенных расчетов на возможность ремонта полевой санитарной техники и медицинского имущества в промышленных предприятиях и в ремонтных организациях других служб Красной Армии. Поэтому медицинская служба Советской Армии должна иметь свои собственные специальные ремонтные организации. Таков основной и важнейший вывод из опыта Великой отечественной войны.

Война показала также, что какие бы ремонтные организации мы ни

создавали, они всегда должны строиться на определенном: расчете. В основу этого расчета необходимо положить принцип соблюдения сопряженности между требованиями в ремонтных работах и производственными возможностями ремонтных организаций. Расчет же производственной мощности ремонтных организаций как стационарного, так и полевого типа требует предварительного решения основных элементов организации ремонтного дела. Важнейшими из них являются: номенклатура объектов ремонта, классификация ремонта, нормы времени по видам и объектам ремонта, межремонтные сроки, технологический процесс ремонта, порядок направления и получения из ремонта имущества, права и обязанности ремонтных организаций и их организационно-штатная структура, права и обязанности органов, руководящих делом ремонта, и система учета и отчетности по -ремонтному делу.

Без правильного решения всех этих вопросов немыслима нормальная работа ремонтной организации, в том числе и организаций полевого тала.

Состояние и развитие военно-медицинской техники в настоящее время, непрерывное дальнейшее совершенствование ее, увеличение насыщенности военно-медицинской службы многообразными материально-техническими средствами приводят нас к твердому убеждению о необходимости создания в военно-медицинской службе самостоятельной ремонтной организации, способной обеспечить ремонт всей санитарной техники и медицинского имущества в полевых условиях в военное время.

Прежде всего необходимо будет создать в действующей армии специальную ремонтную базу, так как дезинфекционно-инструкторские отряды фронтов, занятые в основном подготовкой специалистов по дезинфекционному делу, не могут серьезно заниматься вопросами ремонта полевой санитарной техники и медицинского имущества. Ремонтные базы должны иметь в полной мере все нужное им специальное оборудование, инструменты, .материалы и т. п. и достаточным штат знающих ремонтное дело квалифицированных инженеров, техников и рабочих.

Расчет производственной мощности ремонтной организации (фронтовой или армейской) необходимо строить в зависимости от номенклатуры и количества объектов техники и имущества, подлежащих ремонту.

Эта номенклатура должна включать все основные объекты полевой санитарной техники и медицинского имущества (дезинфекнионно-душевые установки, водогрейные установки и приборы, стиральное оборудование), рентгеновские аппараты, перегонные кубы, хирургический инструментарий, предметы оборудования лабораторий и г. д., а так же те виды имущества, передача которого в ремонт на сторону может нарушить нормальную работу медицинских учреждений. Мелкие предметы и вещи, ремонт которых без особого труда может осуществляться силами и средствами самих медицинских учреждений и воинских частей, в номенклатуру не должны входить.

Стремление (в разумных пределах) к максимальному снижению зависимости от ремонтных организаций других служб в части ремонта основных видов полевой медицинской техники и имущества вполне-законно и оправдано опытом минувшей войны.

В условиях военных действий железнодорожный, водный, автомобильный и все другие виды транспорта будут полностью загружены важнейшими оперативными перевозками и перевозками военных грузов, следующих из тыла на фронт и с фронта в тыл. Поэтому -весь ремонт полевой медицинской техники (вплоть до капитального) должен производиться на месте эксплоата-ции этой техники или в пределах фронта. Здесь же в пределах фронта нужно организовать изготовление наиболее ходких запасных частей и деталей для санитарной техники, так как промышленность как союзного и республиканского зна-

•чения, так и кустарно-промысловой кооперации, как правило, во время войны переключается на производство средств вооружения, снаряжения и боеприпасов, и централизованное снабжение запасными частями будет затруднено.

Полевая санитарная техника и большинство предметов медицинского имущества по своим конструктивным данным относятся к низким классам точности (за исключением рентгеновских установок и физиотерапевтической аппаратуры). Это обстоятельство облегчает ремонтным организациям возможность изготовлять своими силами и средствами запасные части и детали в довольно широкой номенклатуре. Необходимо только при выборе оборудования для полевых ремонтных организаций предусмотреть возможность изготовления запасных частей и деталей.

Следовательно, штатно-организационная структура фронтовой ремонтной организации и ее технические и материально-транспортные средства должны обеспечивать, с одной стороны, быструю переброску всего хозяйства ремонтной организации (станочное оборудование, материалы, имущество, людской состав и т. п.) к месту сосредоточения санитарных учреждений армии и фронта и, с другой — возможность производства ремонтных работ в санитарных учреждениях и частях действующей армии при наступательных операциях.

Чтобы ремонтная организация могла успешно решать эти задачи, она должна и,меть выездные ремонтные мастерские на автомобиле (по образцу выездных ремонтных мастерских типа «А» и «Б», с успехом применявшихся в бронетанковых войсках и автомобильной службе действующей армии) и обладать высокой маневренностью. Для этого их необходимо снабдить достаточным количеством перевозочных средств, чтобы они могли, не отставая, следовать за армейскими и фронтовыми медицинскими учреждениями.

Создание в действующей армии самостоятельных ремонтных организаций военно-медицинской службы потребует постоянного технического и практического руководства их деятельностью. Планированием работы ремонтных организаций, учетом объектов ремонта, разработкой заявок на запасные части, детали, материалы, распределением материальных фондов и т. д. должны заниматься специальные ремонтные подразделения медицинского управления фронта и медицинского отделения каждой армии.

Для руководства ремонтом и эксплоатацией санитарной техники необходимо при медицинском управлении фронта создать специальный «Отдел эксплоатации и ремонта военно-медицинской техники». А для ремонтного обслуживания хозяйства медицинского управления фронта потребуется довольно мощная ремонтная организация. Эту организацию мы представляем себе в виде отдельной ремонтной роты (или отдельного ремонтно-восстановительного батальона), подчиненной отделу эксплоатации и ремонта военно-медицинской техники медицинского управления фронта.

Начальником отдельной ремонтной роты (или батальона) медицинского управления фронта должен быть офицер с высшим техническим образованием соответствующей специальности.

Каждая армия будет иметь в эксплоатации довольно значительное количество военно-медицинской техники и медицинского имущества, рассредоточенных по медицинским учреждениям и частям армии. Ответственность за полный к своевременный ремонт всей этой техники необходимо возложить на специальных лиц. Наиболее целесообразным нам представляется организация «отделения ремонта» при медицинском отделе армии, подчиняющегося начальнику медицинского отдела армии.

Полевая военно-медицинская техника и предметы медико-санитарного имущества являются неотъемлемой частью оснащения Вооруженных Сил СССР. Правильная эксплоатация, хранение, содержание

в исправности и ремонт этого огромного по количеству, дорогостоящего и важного по значению парка санитарно-технических средств-следует считать во всеармейском масштабе весьма серьезным и ответственным делом, требующим единого организационно-технического и практического руководства. Поэтому необходимо создание центрального органа по ремонтному делу в аппарате Главного военно-медицинского управления Вооруженных Сил СССР. Таким органом должен быть «Ремонтный отдел Главного военно-медицинского управления Вооруженных Сил СССР».

Мы не предопределяем сейчас количества штатных работников ремонтных подразделений в армии, во фронте и центральном аппарате Главного военно-медицинского управления Вооруженных Сил СССР. Однако необходимо сказать, что личный состав ремонтных подразделений должен быть укомплектован (за 'исключением работников учета и делопроизводства) специалистами с высшим и средним техническим образованием соответствующего профиля, знающими конструктивные и функциональные особенности объектов полевой военно-медицинской техники и организацию и практику ремонтного дела.

Особое внимание должно быть уделено подбору инженерно-инспекторского состава ремонтного отдела, так как этот персонал должен будет, помимо контрольно-инспекторских функций, инструктировать армейских работников по вопросам эксллоатации, технического ухода и ремонта воен но-медицинской техники и медицинского имущества довольно' широкой номенклатуры.

Таким образом, общая организация ремонтного дела в военно-медицинской службе Вооруженных Сил СССР в целом будет близко приближаться к наиболее передовым организациям ремонтного дела других, служб Советской Армии.

Приняв эти принципиальные положения об организации ремонтного дела в военно-медицинской службе Вооруженных Сил СССР, можно-наметить правильнее решение и важнейших отдельных элементов его: разработать номенклатуру ремонта, классификацию его, определить-межремонтные сроки, нормы рабочего времени, методы ремонта и технологический процесс его.

В рамках данной статьи мы стремились осветить лишь основные принципиальные вопросы организации ремонтного дела, не вдаваясь-в технические подробности. Было бы весьма целесообразным, если бы к обсуждению и проработке этой проблемы в целом и частных ее вопросов были привлечены опытные специалисты, руководящие военно-медицинские работники н представители военно-медицинской общественности.

★

Майор мед. службы И. Л. КОРОТКОВ

ВОЗДУШНО-ПАРОВОЙ холодильник

Для получения дважды перегнанной воды, а также для производства отгонов аммиака, спирта и т. д. в лабораториях применяют холодильник Либиха.

Когда в лаборатории нет водопровода, что часто бывает в полевых условиях, работа с холодильником Либиха усложняется, так как требуется присоединить его к громоздкой охладительной установке. В таких случаях с успехом может быть использован предлагаемый нами воздушно-паровой холодильник. Независимость от водопровода и портативность позволяют рекомендовать его для широкого использования.

Воздушно-паровой холодильник доступен и прост по устройству. Охладительная система его примитивна: конденсация паров внутри холодильника происходит за счет испарения воды на поверхности с увлажняемой марлевой оболочки холодильника. За счет теплоотдачи в воздух происходит дополнительное охлаждение дестиллата.

Холодильник состоит из стеклянной изогнутой трубки (рис. 1) диаметром 6 мм. Концы трубки загнуты: один под острым углом — восходящая часть холодильника, другой под тупым — нисходящая часть. Между ними находится наклонная часть. Размеры этих частей зависят от назначения трубки.

Восходящий конец холодильника плотно вставляют в пробку и через нее соединяют с перегонной колбой, нисходящий конец опускают в приемную колбу.

Наклонную часть холодильника обертывают смоченной полоской марли, которую спиралеобразными ходами накладывают на холодильник от верхнего изгиба к нижнему. Не доходя сантиметров 10 до нижнего изгиба, полоска марли заканчивается коротким фитильком, обращенным вниз.

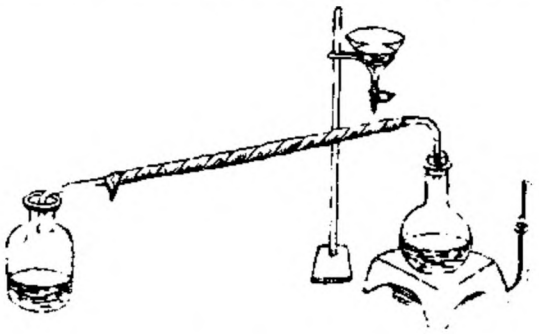


Рис. 1

Марлевую оболочку во время работы увлажняют. Для этой цели над холодильником укрепляют в штативе Бунзена небольшую воронку с короткой резиновой трубкой и зажимом Гофмана на ней. Воронку укрепляют так, чтобы конец трубки был примерно на 0,5 см от верхней части холодильника. В воронку наливают воду. Зажим приоткрывают и вода по каплям поступает на холодильник. Частота капель устанавливается такой, чтобы марлевая оболочка не подсыхала (некоторый возможный избыток воды при этом может стекать по каплям в подставленный под фитилек стаканчик). Для отгона аммиака к холодильнику нужно дополнение—контактная трубочка для соединения холодильника с раствором кислоты в приемной колбе. Эта трубочка имеет важное назначение; она предохраняет от потери отгоняемого аммиака, а также от засасывания содержимого приемной колбы в холодильник, что может происходить при непосредственном соединении холодильника с раствором кислоты в приемкой колбе (рис. 2).

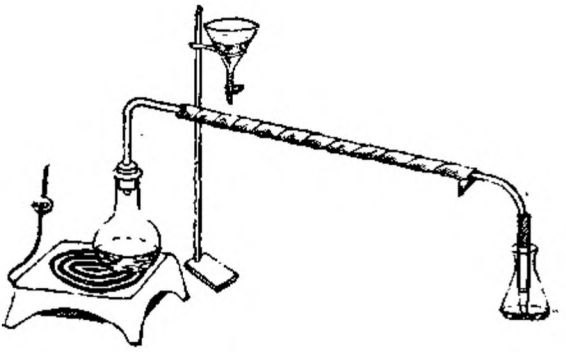


Рис. 2

Отгон спирта и эфира с помощью этого холодильника производится при соответствующем уменьшении нагревания (в частности, для эфира) и усиленном охлаждении холодильника. Приемную колбу при этом закрывают трубкой, через которую пропущен нисходящий конец холодильника и вставлена вертикальная узкая трубочка около 25 см длиной.

Засл. деят. науки проф. Л- М. РОССИЙСКИЙ

ПЕРВАЯ МОРСКАЯ ФАРМАКОПЕЯ

Предшественниками первых русских фармвкопей являются различные травники и лечебники. имевшие распространение в России в XVI и XVII веке.

В царствование Федора' Иоанновича в 1588 г. была даже напечатана -юнита; до известной степени преследовавшая те же цели, что и фармакопея, под заглавием: «Глаголемая сия книга, лекарская травник здешних, и тамошних зелей польского языка:, а латинские словы от римских мастеров переведена пану Станиславу воеводе Троцкому, Гожтовтову, а с польского языка переведена на русский язык повелением Фомы Афанасьевича Бутурлина в лето 7096 (1588)».

В конце XVII века известный русский фармацевт Даниил Алексеевич Гурчин состаигл довольно подробное описание различных лекарственных средств. Рукопись эта, представлявшая подобие фармакопеи, не была напечатана.

Среди медицинских рукописей эпохи Петра I по даныым Л. Ф. Змеева (Памятника древней письменности «Русские врачебники», СПБ, 1896 г.) сохранилась рукопись под наименованием: «Фармакопея иля аптека... преписаиие всех лекарств, кои обретаются в аптеках, списанные своим порядком, из коих всякий может употреблять в небытии доктора, имея оныя у себя в собрании... в шкатуле или в шкафе, яко есть обычай великим особам имети». >

В XVIII столетии сведи русских арамей и аптекарей пользовались широкой известностью две иностранные фармакопеи «Эдинбургская фармакопея* к «Бранденбургская Диепе н сатори я».

Первая русская официальная фармакопея появилась только в царствование Екатерины II. В 1765 г. была -издана в Петербурге: «Рйагтасороеа Сав1геп1, сопИпепв Ши1о5 еЛ безсПрПопев те<1(сатеп(огит !п сйзИз сШгиг^огит ди! 1п ехегсИи 1трег(а11 Коззко зПрепФа Гас1ип(авкегкапЛогит Аис(огПа(е Со11е§(1 1трег1а1(з Меб1-с1. Ре1го1ороИ 1765, Тур15 АсадепИае 8с1ап11агш1Г'.

Вторая фармакопея, составленная под наблюдением члена Медицинской коллегии доктора Христиана Пэкена, была одобрена Медицинской коллегией к напечатана в 1778 г. при Санкт-Петербургской академии наук в количестве 1 800 экземпляров и 14.1.1779 г. разослана во все госпитали, аптеки и отдельным врачам по расценке 80 копеек за экземпляр. Цель «здания фармакопеи была опоеделе.ча так: «Дабы пстребныя воинским командам и .людям медикаменты и прочий вещи отпыскаемые были без излишества-, сообразуясь настоящей нужде и прямому их действию и избегая колико -можно употребления дорогах вещей, особливо же иностранных». Посвящая эту фармакопею Екатерине II, Медицинская коллегия указывает, что «Медицинская коллегия, сочиняя сию книгу,- назвала Российской Диспекзаторией, не столько по изданию ее в России, как по означению в ней многих известных целительных растений. ков производит земля, обширный и аеликия Росоийсюия Империи, с пок-аванием мест и мм я а Российских, под какими они -известны тех стран обитателям». В 1782 г. появилось второе издание этой фармакопеи почти без всяких изменений.

В конце XVIII -зека, уже в царствование Павла I, появилось новое, исправленное н значительно дополненное издание «Российской фармакопеи».

Первый опыт составления специальной русской фармакопеи для военных кораблей принадлежит русскому морскому врачу, уроженцу Петербурга Андрею Гавриловичу Бахерахт, голландцу по происхождению, получившему в 1743 г. звание подлекаря, а в 1750 г. после защиты диссертации «Е>е тогЫз Пй-атетНогит» удостоенному Лейденским университетом звания доктора медицины.

В 1784 г. А. Г. Бахерахт напечатал в Петербурге «РЬагтасороеа пауаНз гоанка, Ре1горо)1 1783». На, титульном листе первой русской морской фармакопеи, рассмотрен кой и аппробированиой Государственной медицинской коллегией, отпечатано полное название этой весьма- любопытной, в настоящее время являющейся большой антикварной редкостью книги: «АПТЕКА для РОССИЙСКОГО ФЛОТА или роспись всем нужным лекарствам, коих по рангу корабля, для шести месяцев вояжа- в корабельном ящике иметь должно. Рассмотрена и аппробо-ваиа Государственною Медицинскою Колшег.иею; ящик изобретен и |роспись сочинена надворным советником и флота Доктором Андреем Бахерахтом. В Санктиетербурге 1783 году».

Первая русская морская фармакопея, посвященная автором вице-президенту коллегии адмиралтейства графу Ивану Чернышеву, содержит перечисление иеобходи-

мых для корабельной аптеки медикаментов, указания о -корабельном лазарете, об уходе за больными и их питании, а также ряд практических указаний для морских драчей.

Перечисление необходимых для корабельной аптеки медикаментов содержит указания как на русском, так и на латинском языках павианий лекарственных средств, которые должны иметься в корабельных аптеках. Одновременно с перечислением необходимых лекарственных препаратов приводятся точные указания, в каких именно' количествах должны находиться эти лекарственные средства на Ю0-, 74- и бб-душеч-

АПТЕКА
ДЛЯ

РОСС! Й СКА ГО ФЛ ОТА,

или,.-

... . * . РОСПИСЬ^ . .

всвмъ мухпымъ Л«КАРСТРАМЪ,

»«Ж»Ь . . С

«. по ражгу »ср«вл« , для тест» м4«цо»Ь .Кпм ЛЬ корлбелМенЬ
л ЕН11ЛЛ должно, '.

?..-;.р*Я5.н» вр>жл я л««рово»»н*

: Гоеу д &рс щв енв рю Мс д и ц им свою К о л л егТе ю;

/ • Я*3«Ь' Ж*СбрЪш*Л М сОГИЙГЯа К|Д»СрНММ'Ъ к

; ' " 'у-' ' " "•' флота ДокфоройЪ .

лндрвемЪ влхкрлхтомъ.

еЪ слактпвткркургг ту.

>..<-чМ

Титульный лист первой русской морской фармакопеи

пых кораблях и на 32-пушечных фрегатах. Приводим перечисление лекарственных средств, указанных а первой русской морской фармакопее Андрея Бахерахта; «Воды: коричная с водкой, перечной мяты. Уксусы: потовой или против гнилости,, рейнсковый вымороженный. Бальзамы: арией, б разили а нс кой копайвы, перувиан-ский. Химические лекарства: квасцы жженые, известь из сурьмы, цвет серы горючей, адский камень, белая магнезия, сладкая ртуть, белая ядовитая ртуть или сулема, смола из ялапы, соль из оленьего рога, красная сера из сурьмы, рвотный винный камень, купоросный винный камень. Корки-: померанцевая, хина, симарубэ. Элексиры: из сабура, горький для желудка, купоросный. Пластыри: простой белый, из тмина Лондонский, из шпиаутера со свинцом, из разных сер, из травы буркума, ртутный,, смоляной, мыльный, с шпанскими мухами. Вареные соки из трав: из травы горечавки, проносный, из водяного трилистника- Цветы: шафран, ромашка белая римская, ромашка простая, хмель, бузина. Смолы или камеди: амониак, арабская или камедь-простая, вонючий ла дои, бакаутовая, мирра. 'Грады: полынь простая, кудрявый толчен, шалфей простая. Дерева-: отв?лян бакаута, опилки сассафраса. Меды: простой мед, розовый мед. Микстуры: простая микстура, водочная микстура или ГофманеккЙ бальзам. Масла: гвоздичное, перечной мяты, черной нефти, скипидарное, льняное, даревяш'ое. Кислые меды; клюквенный, с уксусом, с морским луком, с веницейской ярью. Пилюли: из стиракса, из колоцинты с сабуром Лондонские. Порошки: киноварный или красный от жару шпал-гвой, слабительный но трех -составов, из глета

илк сурика, контрас рзы составленной Лондонской, хины, хреновый, ялаппы, рвотного к орт я, ревенный, серпентарни Виргинской, морского лукаг, солодкового корня, имбирный. Разные лекарства: черная ртуть, березовый трут лекарский, квасцы сырые, сладкий миндаль, чистое свиное сало, можжевеловые ягоды, армянский красный болус, живая известь, шпанские мухи, камфора, раковины приуготовленные, кашка из красных роз, бобровая струя, александрийский лист, целительный камень, российский тернак, манна калабрийская, ртуть или живое серебро, опий пинг сок из турецкого мака, белый сахар, грецкое мыло, сок из солоткового корпя, белый купорос, синий купорос. Корни: проскурняка большого, репейника или лапуппигка, горечавки, солотковый, ревень копытчатый. Кашки с сахаром: из клюквы, из можжевеловых ягод, из бузины. Соли: нашатырь чистый, винный камень чистый, из сженных трав, селитра чистая, из сурика, сибирская горькая соль. Семема: бадьян, конопляное, мука пз льняного сем я ан, вшивой порошок, цгщвариое семя, аглицкая горчица. Травяные составы: для клистира, для припарки разбивателычой, сосновые верхушки. Сиропы: из проскурняка, из смолы амониака, ив белого мака. Водки: из ложечной травы, душистая из нашатыря, эейновая двойная водка, из купорося, зеиновая из селитры, вейновая из купороса или белые капли Гофмановы из сосновых шишек. Тинктуры: из хины, из полыни, из железа, из мирры, из макового сока. Мази: из проскурняка, от чесотки, из базилика, живительный воск Лондонской, согревательная мазь для ран, мазь с суриком, жидкая мильная мазь Лондонская, Венгшчанской скипидар».

Отдельно в Фармакопее Андрея Ба хера хт а приподется под заглавием «Лекарственные припасы» список необходимого для корабельной аптеки инвентаря с указанием, какое количество инвентаря необходимо для 100-, 74-, 66-пушечного корабля и 32-пушечного фрегата. В этот список включены следующие материалы: «новое полотно, ветошки, булавки, голландские тесемки, бумага белая, бумага серая, бумага восчаная, бычачий пузырь, стопки разной величины от одной унции до трех; стклянки разной величины от одной унции до четырех, опойка, веревки голландские, пробочная корка, губки морские, кастрюля для варения пластырей, ножницы для пластырей, медная ступка с медным пестиком, каменная ступка с пестиком, медный ■полуженый котел с крышкой для варения декоктов, медный маленький полуженый кстлик с крышкой для травеиных наливок, кастрюля медная для припарок, оловянные сприцы для наставления клистиров, оловянные спрнцы для лечения рта, оловянные сприцы для лечения ран, медицинские весы с гирями, лопатка для пластырей железная, сученый шелк для сшивания ран, подвязки для кил на правую и левую сторону, большая бутылка для воды, чернильный порошок, лубки, палочки, обернутые соломой, для перевязывания переломанных костей у ног и равные перевязки».

Специальная глава з Фармакопее посвящена списку «Разных составных лекарств». В этот список входят: «Простая глазная вода»; «Густая припарка с горчицей», «Мягчительная припарка! густая»; «Разбивающая припарка г. доктора Баллингера», содержащая камфору и пиниый спирт; «Простое промывательное» из льняного масла; «Мягчительное промывательное», в состав которого входят алтейный декокт; «Промывательное в гнилой горячке», содержащее в своем составе мед; «Промывательное в кровавом поносе для уиимания |резу», содержащее алтейный декокт и териак; «Скипидарное промывательное в кровавом поносе», «Промывательное в про--носе», содержит илек яку а ну; «Питье в горячке», содержащее селитру; «Декокт грудной болезни», содержащий алтейный корень; «Декокт в гнилой горячке», содер жащий «ЬесосЦ НоссЫ» и <8р1п1и$ VII по И»; «Декокт из дерев», содержащий каб!х Вагбопае, «Ьщш 8авзаГгав ег Сиа(ас1»; «Декокт от цинги г. Кука», в состав которого входит «Вс. Ро!еп1ае»; «Декокт русской от цынги», содержащий «8и гл 11а (нт рпй»; «Полоскание прохладительное», содержащее селитру и мед; «Полоскание крепительное г. Монро»,' в состав которого входит спирт, уксус и Тшсгцга МуггЬае.

В отдел Составных лекарств помещены также рецепты рвотных и црот.ивотошпотных средств, микстуры, применяющиеся при одышке н судорогах, мягчительные полоскания, прописи микстур, рекомендующихся при лихорадочных состояниях, слабительные средства, рецепты для изгнания глистов, «лекарственные вина», различные сложные декокты и мази.

Автор первой русской морской фармакопеи Андрей Бахерахт указывает, что «Все спи разные составленные- лекарства служат правилом для составления в **нужном** случае лекарств на море из находящихся в корабельном ящике аптекарских материалов, а роспись лекарствам служит правилом, какими лекарствами ящики кора» бельи-ые должны наполнены быть. Но когда- лекари по своей практике или по своим примечаниям для особл.гвогс свойства некоторой болезни в переменном климате находят нужду в некоторых других в ящике не находящихся лекарствах, то могут они таких лекарств истребовать от старшего лекаря, который, будучи в чужих краях, по предста-вле-нию главному ко-манднру и по его повелению должен оные закупать».

«Лекарям, — указывает Бахерахт. — надлежит строгое призрение иметь над лекарствами, излишне не употреблять и хранить оные, дабы не портились чрез не призрение, когда склянки и банки не закупорены н не завязаны стоят в ящике; ключи ■от ящика ин кому не поручали, а сами лекарства для употребления вынимали, дабы ученика не ошиблись, м вредное за полезное больным не давали. Оные же лекари .должны по возмоиосностл вести верный счет всем издерживаемым лекарствам.

В чужих краях не должны они без большой нужды никаких лекарств покупать; а ежели случится недостаток, тогда должны они доложить главному командиру, **и** по письменному его дозволению таких лекарств покупать с тем, чтоб по возвращении в отечестве отдать отчет, доказав причину, почему они покупали к почему недостаток сделался».

Особенно рекомендуется в Фармакопее обращать врачам внимание на правильную функцию кишечника- у моряков: «Понеже часто случается, что служащим на море бальным делается запор от грубой пиши к великого безпокойства; то надлежит лекарям вседневно осматривать весь экипаж и предупреждать следствия оного, давая от заморов слабительные, я по обстоятельством прием селитры (ЬШгит), или винного камня (Стетог Саг(ат|), или Сибирской солн (8а1. $11мпеп$е). Всем в море ходящим должно держаться нужного сего правила, чтоб крайне остерегаться запоров, от которых весьма худые следствия бывают, наипаче резь в животе, ветряная колика (СоПса ПаТп1еп{а), распаление в кишках (йПезйпогит йтПатаНо). даже часто и кровавый понос (ДузеШпа),— когда кал загниет и пучит живот, от чего великой резь в животе и позывание из низ или Тенезмы и проч.».

•К Фармакопее приложены указания «О лазаретной пище н питье для больных на кораблях». В этих указаниях говорится, что «Определение пиши *н питья,* как настоящего больного, так и выходящего из болезни человека, то есть уже от болезни освободившегося и выздоравливающего, есть весьма не маловажное дело; оное составляет главную часть знания в врачебной науке; погрешности в том великие бывают, иногда со стороны врача, а вдвое со стороны больного, наипаче между простого народа».

Автор первой русской морской фармакопеи указывает, что командирам корабля необходимо «часто присматривать, как и чем больных в лазарете кормят; от сего весьма много зависит благополучие корабельного экипажа».

Интересны наставления о питании больных моряков, подробно изложенные в Фармакопее Бахерахта: «Настоящей больной по тягости своей болезни», — говорится **в** Фармакопее,—редко потребует есть, но тем болзе пить, к в том надлежит всегда ему удовлетворение чинить такими напитками, которые соответствуют' болезням, и которые болезни приличны, даже *в* случаях, где больной по своей слабости или по тягости болезни сам не в состоянии потребовать, или не в довольном разуме находится, тогда надобно стараться, чтоб его к тому принудить и чаще пить давать.

Из болезни выходящие пли выздоравливающие напротив того требуют есть, И без страху, без меры, без выбору, столь много едят, что часто объедаются, от того внезапно впадают либо опять в прежнюю свою болезнь, либо через долгое время никак не могут понравиться, чю пребывают слабы и хворы, к ни к какой работе неспособны; наконец совсем с ног сваливаются и в неизлечимую болезнь впадают; сия неосторожность более людей морит, «ежели первая настоящая болезнь. По сей причине не надлежит никогда спешить выздоравливающих после тяжкой болезни скоро из лазарета высылать и из лазаретной пищи выключать, «о столь долго в лазарете и о лазаретной пи де оных содержать, пока оин совершенно выздоровеют и без всякой опасности в команду могут возвращены быть. Сие надлежит наипаче наблюдать с служащими людьми, которые из генеральных госпиталей возвращаются на •корабль, понеже такой слабой и не совсем еще выздоровевший может внезапно занемочь и других заразить, и тем болезнь на корабле распространить, что и часто бывает наипаче с людьми цынгою одержимыми».

В Фармакопее Бахерахта даются точные и подробные указания по лиэтетнке больных моряков: «Пища настоящих больных,— говорится в Фармакопее, — требует •весьма малую заботу; лекарь доджем распорядить оную по обстоятельствам болезни и по находящимся на кораблях съестным припасам, а вообще для лазаретных больных две вещи необходимо издобны, то есть, первое, обыкновенное питье, а второе, обыкновенная для лазарета- нарочно лриу готов ле иная пища. Для обыкновенного питья в лазарете нет лучше как сухарная, хлебная или ямчиая вода; по обстоятельствам н по рассмотрению болез-ки лекчрь примешивает к сим напиткам кислого меду (Охуте! $1'тр!ех) или ренскового уксуса! (асеТит хчтн), или кислого меда с клюквенным соком (охупг.е! ех охусосо), В настоящей гнилой горячке ил» в цинге нет полезнее, как яичная вода с купоросным спиртом (8р(пН уИпоП). В болезнях от прсстуды с жаром, пли с распалением в груди пли в колотье (ркпгШз *е1* ерпрпеишота) намполезнейшее питье есть яичная вода с селитрою (№(гит), не много сахаром или медом послащенная при довольном кровокадаани и прикладывании Шпанских мух на больное место. Для протчих выздоравливающих и от болезни вовсе уж освободившихся способнейшее тгтье есть квас, чистая вода, и полпиво, таком де часто подобно для больных в гнилой горячке лежащих несколько виноградного красного французского вина. Обыкновенная для настоящих больных лазаретная пища, которые еще желание и оной имеют, есть жидкая кашица из всяких круп, а лучше овсяная, без мяса, ие много посолена, Лутчая пища для выздоравливающих есть всякая жидкая кашица с свежим мясом, крутые каши с коровьим маслом, гороховый кисель немного с уксусом и немного с перцем; для очень слабых лохлепка масяная из свежего куриного мяса, или из телятины, а когда одного мяса «ли живых кур на корабле *не* имеется, тогда из сушеных кур; сверх же сего потребно свежий хлеб вместо сухарей, И так лаоаретвая корабельиая пиша и питье

состоят в следующем; 1. в жидких кашицах из всяких круп; 2. в похлебках вареных из живых кур, или на свежей телятины, а когда оного не имеется, то из сушеных кур; 3. в киселях из хлеба, из гороху; 4. в круток каше с маслом коровьим; 5. Р свежем хлебе, сухарях к соли; б, в питье из всяких круп; 7. в виноградном вине, уксусе к меде. Многие хвалят к причисли ют к лазаретной нише карманный б у лиои; но когда состав ево не что <кже есть, как совершенной из мяса[1] чрез варение вытянутый и загущенной сок, с пряными вещами наполненной, то по моему рассуждению сей булмон для больных весьма неудобей; понеже он весьма тяжело в желудках варится, и приключает тягость в оном, жар и другие припадки: и так для лазаретной пищи он столько же неспособен, как свинина и солонина, а для здоровых служителей по два иди три раза в неделю он весьма хорош».

В заключение приводится расписание съестных припасов, необходимых на 30 дней для корабля различной величины.

Большой интерес представляют также приложенные в первой русской морской Фармакопее правила о содержании лазарета на корабле и об уходе за больными. •Ввиду большого интереса, который представляют эти правила, мы приводим их полностью: «О корабельном лазарете я о призрении над больными». «§ I. Благоразумное расположение на кораблях мест для помещения больных есть важная часть попечения главного командира, Тсковые места требуют следующего: 1. Удобного возобновления воздуха. 2. Чистоты он л го к безопасности от заразы. 3. Отделения больных от здоровых служителей, дабы никакого сообщества не иметь здоровым с больными. § 2. Нижняя палуба всех не удобнее для больных, потому, что пары ее весьма трудно истреблять можно, а они более *нежели в* других местах скопляются; всех удобнее вторая палуба! в передней и в задней части корабля. § 3. Когда же для помещения больных удобное такое место отведется, то надлежит наблюдать следующее: 1. По возможности таковые места перегородить досками, или смолою вымазанною парусиною, дабы здоровые с больными никакого сообщения не имели. 2. Сие место (надлежит разделить иа две части; переднюю часть корабля для помещения тяхтелых, то есть для таких больных. которые одержимы гнилой горячкою, цынготною болезней, кровавым покосом, и прочими заразительными болезнями, а заднюю часть для помещения таких больных, кои простыми лихорадками и всякими иезаразительными болезнями одержимы; когда же лекарь усмотрит больного, тогда должен-он его от здоровых тот же час отделить, и ип обстоятельству тяжелой или легкой ево болезни подлежащее для его место назначить и отвести. 3. В сих отведенных для помещения больных местах должно приуготовить ряд коек-, в коих больные могут лежать. Из сих коек способ1>ейшимп почитаются те, когда между поставленными столбиками иа веревках растягивают толстую парусину, обшитую толстыми краями. *и* привязывают ее не весьма туго к перекладам, дабы парусина некоторое вольное движение имела, и при юачке корабля больной своей тягсстию несколько содержался в равновесия, а головой и ногами не очень низко и ле очень высоко поднимался. 4, Сии койки хотя весьма удобными кажутся, однако по моему рассуждению весьма для больного беспокойны, потому что больной никак из них вылезть или в них ложиться без труда не может, а более всего трудно болеэпию одержимому, когда ол едва сам себя поворачивать может, даже и помощнику весьма трудно такого больного из койки подымать и в оную класть. Я бы предпочел лучше плоское положение больного ив! палубе, где для каждого больного отделить низенькую перегородку, и тем не только больные легче вставать и ложиться могут, ио и помощнику гораздо легче их подымать и класть. 5. Таких коек иди перегороженных мест надлежит приуготовить во числу больных, а как на сто человек здоровых надлежит числить-по крайней мере семь человек больных, то по числу людей на каждом корабле но его рангу надлежит числить и больных: того ради надлежит приуготовить таких мест: на' 100-пушечном корабле, иа коем щитается около 900 человек, для 63 больных; на 74-пушечном корабле, на коем щитается около 600 человек, для 42 больных; «а 66-пушечиом корабле, на коем щитается около 500 человек, для 35 человек больных, а на 32-пушечном фрегате, на косм щитается около 200 человек, для 14 больных. 6. При каждой койке надлежит быть: один тюфяк-, одна подушка с иа®о.точкой, одна простыня, два кол-пака, одни для лета из холста, другой для осени из шерстяной матерки, два одеяла, для лета из набойки, а для осеки суконное, подшитое полотном, одна рубаха, пара порток, один халат из набойки, холстиною подбитый. § 4. Сколь скоро кто ни есть из служи гелей корабельных зах-ворает и через лекаря в лазарет пошлется, то по прибытии в лазарет должен он немедленно свое обыкновенное на себе платье снять и надеть лазаретную рубаху, портки, халат и прочее, а снятое платье отдать для очищения, проветри а аии я и сохранения тому, кому подлежит, и отнюдь не дозволять снятое от себя платье держать больному при себе-**в** лазарете, в койке под подушкою, понеже для екипажа нет страшнее, как сив в лазарете держим и я и болезненными парами зараженный платья. § 5. По нужному обстоятельству должно переменять в койках простыню, наволочку, одеяло, рубаху, портки, халат, даже иногда и са-мой тюфяк: того ради должно иметь в запасе в корабельном магазине некоторое числю всех сих одежд, шитая по крайней мере на каждого больного: три рубахи, три пары порток, два летние н два осенние колгеака. два халата, три простыми, три наволочки, два одеяла. А на шесть человек восемь, тюфяков; дабы некоторые для употребления, другие в мытье, а третьи в запасе:

были, и тем больные завсегда в совершенной чистоте содержались. § 6. Понеже воздух в тех местах, где больные содержатся, чрезвычайно легко портится, то должно все остерегательные средства для очищения воздуха рачительно употреблять; а как нечистота есть источник заразы, наипаче на кораблях, тем паче надобно строго наблюдать, чтоб больные чисто одеты были, и чтоб во всех местах н в койках, в которых больные лежат, совершенная чистота была. § 7. Одним медицинским чинам и над больными мадзнрзтелям только ход позволять в лазарет, а другим, никакого дела в лазарете не имеющим, накрепко запретить ходить в оной».

Труд А. Г. Бахерахта не является офита литой морской фармакопеей. Первая •официальная русская морская фармакопея была издана в первые годы царствования Александра I в 1806 году в Петербурге под названием «РЬагшасррэеа пачаНз гозмса», Эта специальная фармакопея для морского флота была издана под наблюдением лейб-медика I. Кояегк'а. В предисловии к этой фармакопеи, посвященной ■Ро^гз'ом вице-адмиралу Чичагову, Ко^егз пишет нижеследующее:

„ПРЕУВЕДОМЛЕНИЕ*

Сочиняя фармакопею при сем приложенную, не имел я намерения тем показать что-либо чрезвычайное или неизвестное; но единственным предметом моим были младые врачи, вступающие из училищ во флот, стегающиеся как бы без руководства и совета и в практике еще не имеющие довольной опытности. Дабы гем самым при вступлении их во врачевание болезней мог сделать им некоторое вспомоществование; для сего на все почти болезни в мужеском поле случающиеся поместил я в сей фармакопеи лучшие формулы (Гогши1ае). одобренный знаменитейшими авторами и славнейшими в Европе медяками, а многие из них имеются и такие, коими я руководствовался в сорокалетием моей практике.

Таковым образом сочиненная фармакопея мне нужного показалась для. того, чтобы младой врач не мог много затрудняться, как при составлении сложных лекарств во время пользования больных, а наипаче в нужном и нетерлящем умедлеияя случае, так равно н с лучшею удобностью и при малой памяти мог •бы заметить н способ их составления. Прочая же выгоды от сего проистекающий так явны, что не нужно об них и распространяться. Остается поместить только некоторый замечания для изъяснения самого сочинения.,

1е.) Потребным для флота медикаментам и материалам приложен при сем каталог сделанной для четырех месячной кампании, в котором означается, какия .лекарства могут быть отпускаемы на корабли и прэчия военный суда, и в каком количестве их можно получать. Сей каталог составил я из прежнего Российского, соображаясь с иностранными медикаментов отпусками в других портах на флот, производимыми, пополнив всеми нужными вещами и отменив другие, кои казались мне лишними, уменьшивши при том и излишнее их количество.—

2е.) При сочинении того каталога старался я при медикаментах удержать новыя наименования, по примеру английского, имеющегося при флоте, к для изъяснения коих .приложил я таблицу, в которой означил противу их и употребительнейший в медицине названия, как новыя, так. и старыя, согласно последив-изданной лондонской фармакопеи. —

3е.) В помянутом каталоге не включаются однако и все те медикаменты, который содержатся при сем в изданных мною формулах, иные из них не внесены в оной за скорою своею на море порчею, а другие по затруднительному на кораблях их приуготовлению. — Поместил же те формулы для того, что флотские лекари не редко для пользования больных назначаются и в морские госпитали, где все находятся лекарства.

4е.) Во многих формулах означена дестиллнрованная воды (Адца <1е5||11а1а); но как на кораблях не имеется нужвых на перегонку кубов, да и потребное на то для похода количество вещей заняло бы очень мйого места, то вместо таковой воды можно брать сахар, напитанный эфирным маслом (ЕТео Заесйагиш) и отварную речную воду, а вместо дестиллированного уксуса таковой же брать простой хорошей. —

3е.) Нозологическах таблица (1тИех ч1г<и*ит е(бО8)ипт те<11са(пеп1агит), находящаяся при сих формулах, взята из самых лучших фармацевтических сочинений, в ней означаются силы или приемы лекарств (бозез гаеб|сатеп1огиш) тремя графами, в 1-ой малый, во 2-й средняя, а в 3-й самый большля, и я надеюсь, что краткость ■ея доставит не малую пользу. Приемы же (бозез) лекарствам назначены в оной таблице для взрослых и крепкого сложения людей; а по сему всякой уже может брать таковое количество, какое будет для больного нужно по мере его сил, возраста.-сложения и слабости.

бе.) При означении в сей фармакопеи болезней показал я и лекарства, какия обыкновенно в таковых болезнях могут употребляться, не с тем однак, чтобы непременно они употребляемы были в сих только одних (они полезны могут быть и во многих других), или чтоб не употреблять и других средств, которых действительная польза будет найдена. Во всех таковых случаях отдается на рассуждение лекаря.

7е.) Употребление лекарств в вышеобъясненных формулах легко можно видеть **и** отыскивать по приложенной у сего таблице (1пдех (огпш1«гит), которая, как мне кажется может способствовать к великому облегчению.

бе) Число формул при сем изданных может быть покажется кому слишком уже великим, и некоторые из них довольно простыми; но означив я отборнейшля один,, не поместив последних, не мог бы доставить надлежащей пользы для младого врача, не ознакомя его и с простыми средствами».

В начале фармакопеи имеется список медикаментов, включенных в нее. Вторая часть фармакопеи носит заголовок: »8е1е1из 1огти1атит т изшп сЬ1гиг§огит па-уаИит". В третьей части помещен индекс лекарственных веществ, упоминаемых в морской фармакопее, с приведением минимальных, средних и максимальных доз.

Четвертый отдел посвящен списку болезней с указанием, какие лекарственные средства при этих заболеваниях применяются.

В список медикаментов Морской фармакопеи входили следующие средства:" Не'Ьа АЬю*ап1, НегЬа АЬ$1п(Ы, Асе(ит, АсИит типаЬсит зи1рЬиПсит, ЕхНас(ит А сети, Аберз 8и11)а, АеИтег х11г1оН, А1ое 8осо(г1па, КасЙх, Йогез е1 ЬегЬа АЙЬеае, А(итеп, Апплета, Апппошасит 3111шт, АттоШасит за1, Ату§<3а1апип пис!е1 е! о)еит Ату1ит, Ат$1 3етеп, АпЬтотит, Оитт! АгаЫсит, А1§еп1ит, ИаШх Ат1, Ат1сае Йогез е1 ех1гас1ит, Азае (оеИФае §итт1, АзкасЬапезе за1, АигэпЬогит сойех, рота е1 зугириз, Ачепае 1аппа, ВеЙабоппае ЬегЬа е1 ехпасШт, Во11з СаШсиз, Богах, Ви1и-гит, Са)х, СатрИога, Сапабепз13 Ъа1затиз, СаппаЫз зетеп, СаШЬагЮез, Са(есЬш. Сайшйсит, Сега, Сетеу1з1а, СЬатопиПае Йогез ег ехкасШт, Спе1ае сапсгогит, СкШае ЬегЬа е1 ех1гас1ит, С1псЬопае сойех, СоШгауегуае гаФх, Оплатой! соПех е1 адиа. СНП зиссиз е! зугириз, СосЫайае ЬегЬа, Со1осуп11и<1е8 ех1гас1ит, Со1отЬо га(Ьх. СораГУае Ьа1затиз, Сога1Ьпае (ри]у18 е з(аппо), согпц Сегх1, Сгетог 1аг1аг1, Сге1а, Сиргит, Оаис1 гафх, В>ЁИа11з ЬегЬа, Реггит, Рй|с1з гаСПх, Роеп1Си11 зетеп е1 о1еит-Ритапае ех1тас1ит, 6а)Ьапит зитт!, 6а11ае, ОепНапае ех1гас!ит, биаГасит зитпп. ОиИае Кипит, НеИеЬогиз гасЙх, Ногбеищ, Нубтагзугиз 1а1 аррае га<Ьх е(гезгпа, |реса сиапЬае габ!х, 1ип1реП Ьассае е1 гооЬ, КаП, Бас, Бауепби!а1ае 11пс1ига, Баиг! (оВа. ЫсЬеп 1в1апФси8, Б1п1 зетеп е< о1еит, Б|ди1гГ(1ае гас1!х е! зиссиз гпзркзаШз, Б1диог Апобупиз, Макпез1а, МаНит, Маппз, МагиЬп ех1гас(ит, Ме1, МеШЬае ЬегЬа, адиа еГ о!еит, Мегегае! соПех, Миггаз сак!з, МуггЬае ^иглт! е1 ЬлсШга, МулвМсае зр!гНиз. Каз1игН1 ЬегЬа, Майоп, ЬНсоИапае ЬегЬа, №1гит, ОЦЪапит ОйУагит о!еит, Ор1ит, Оха, Охусосс! гооЬ, Рагуег! сарПа е! зугириз, Р1п1 зиттйа1ез, гез!па е! р1х. Ро1усЬгез1ит за1, Р1итЬит, РугеШй ЬегЬа, риазяае Попит, КарЬап! гасИх. ЙЬаЬагЬап гагЙх, К1с>111 о]еит, Розае Йогез, адиа е! сопзегуа, ЗассЬатшп, 8а1ер гагЬх, ЗатЬио Йогез е1 гооЬ, 8а ро, Багза раг! Па гагЙх, 8азза(тазз сопех е(Й^п1, Зсаштошэе гезта. 8сЙ1ае гаЛ1х е< ехЬасЬип, Зеппае 1оЬа е(1тс{ига, 8ер1ае оззэ, 8егреп1аг)ае га<11х, 81пар« зетеп, ЗрегтасеИ, 8рй11из п11Н Йи1с15, 8р!гНиз УШ1, 8роп§1а из1а, 81аппит, 8и1рЬиг, Татаппбогит ри1ра, Тагахас) гасЬх е! ех(гас[ит, ТагеЬтИИпа о1еиш, Тез(ае оуогит, "Пик, То!и1апиз Ьа15атиз, ТгЙоеН ЬегЬа, ТППст ЬгШа, 7а1ег1апае гаН1х, УПнпл, УКгиш, 21ПСит, 21п2)Ьег1з гасИх.

В список болезней с указанием применяющихся при них лекарств вошли нижеследующие заболевания: абсцест, АтЬизШга, ангина, анорексия, афты, апоплексия, артрит ревматический, астма, каексия, са1с«1из, карцинома, кардиалгия, катарр. цефалгия, колика, контузия, конвульсии, пролежни, диабет, диаррея. «Йз(огз1о, дизентерия, диспепсия, дизурия, ессушота, эпилепсия, 1еЬг1з ри(т1ба а пегчоза, ЙзШ1а ап1, фурункулез, гоиоррея. Сипа зегепа, геморрой, геморрагия, грыжа, герпес, водянка, гллохондрия. истерия, илеус, Шб^езио, шйаттаИо, (п-1ез1тогит, (ийатабопез 1оса1ез, ишурия, проказа, 1лроЙ1ут1а, Бихайо, Маси1ае со теле, мания, МогЬ1з В111О81, МогЫ ехапкЬетайсь МойЯ рйийозй, Маизеа, нефрит, запоры, зубная боль, офталмця, паралич, регпЮпез, рЫЬ1паз15, рЫЬ1з1$, рЬузсогиа аЬбопипаИз, плеврит и пневмония, полидипсия, рго!арзаз геей, рЬгоз1з, зсаЪтз, скарлатина, скорбут, зсгоНшЬе, спазмы, Ыгап^иПа, з(гита, зигф1аз, сифилис, тенезмы, столбняк, Т1пеа сарШв, ТпсЬ1а81з, Типюгез, §1апби1егит е! агЬси1анопит, коклюш, тимпанит, (урЬиз и1сега си!из, си(из и1сега иг1(аЬ|11а, икега зогб14а, ри(пба, хагкез ап], уетез уегй^о, Уи1пега а ехсоыаЬопез. В конце книги приложен „(пбех поттит ти(а!огит РЬагтасораеае Махайз Коззкае“.

Первая русская морская фармакопея Андрея Бахерахта и первая официальная русская морская фармакопея принесли большую пользу лечебно-санитарному делу военно-морского флота и пользовались вполне заслуженной популярность», среди военно-морских врачей в XVI!) и первой половине XIX столетия, до выхода в свет в 1869 год)' .Морской фармакопеи", изданной в Петербурге флота генерал-штаб-доктором К. О. Розенбергером, первым председателем первого общества, морских врачей.

★

И. Б. ЗАРХИН'

РУССКАЯ МОРСКАЯ ФАРМАКОПЕЯ

Из Института здравоохранения н истории медицины Академии медицинских наук-СССР (научный руководитель — действ, член Академии медицинских наук СССР проф. И. Д. Страшуи)

С именем славного деятеля медицинской службы флота, первого председателя Общества морских врачей, друга Н. И. Пирогова — К. О. Розенбергера связано появление морской фармакопеи на русском языке *.

Первая морская фармакопея появилась в 1783 г. и была перепечатана в 1806 г. Составитель ее И. Роггерс посвятил книгу вице-адмиралу Чичагову. Посвящение иа-писано на английском языке, предисловие к фармакопее — на русском, а весь-текст—«а латинском.

Эта фармакопея потеряла свое значение после того, как Я. В. Вилне в 1808 г. издал РЬагтасороеа Са$(гепз(я Коззка, которой должны были руководствоваться военные врачи и фармацевты.

Для изучающих фармацию в Меди ко-хирургической академии были обязательны чтение и переводы из фармакопеи Билие.

Второе «здание этой фармакопеи вышло в 1812 г,, третье — в 1818 г. и четвертое— в 1840 г.[1].

Понятно, что замечательная для своего времени фармакопея Виже через полстолетяя после выхода в свет не могла уже удовлетворять новым требованиям медицинской и фармацевтической науки.

Трудами и под непосредственным руководством флота генерал-штаб-доктор а Карла Оттоновича Розенбергера в 1869 г. было выпущена новая морская фармакопея.

Издание форма копей и приобретение ее для морского ведомства разрешил Адьщралтействсовет (журнал от 311.1868 г., № 3123, ст. 25 092).

Выпуск «орской фармакопеи подготовлялся в течение 5 лет. В 1864 г. К. О. Розенбергер ассигновал иа издание фармакопеи кз собственных средств значительную по тому времени сумму — 3500 руб. Это была часть его пенсии за тридцатилетнюю службу в военно-морском ведомстве. Доктор Розенбергер уже на склоне лет взялся за кропотливый и громоздкий труд—издание одной «о первых русских фармаколей, «в которой крайне нуждается все морское, медицинское в фармацевтическое сословие*.

Выпуск особой морской фармакопеи мотивировался чрезвычайно важными обстоятельствами, которые в предисловии объясняются так:

<1. Находятся некоторые средства, употребляемые в болезиях, преимущественно встречаемых на- флоте, как например—теремша- и др.

2. Особенно тщательно обработаны препараты, наиболее соответствующие судовой практике, а имевно такие, которые нелегко подвергаются порче и мало занимают места, как, например, тинктуры и экстракты, -приготовляемые с декстрином.

3. Избраны формулы для приготовления лекарств наиболее легкие, так что составление их не затруднительно дли ■медицинских чинов, т. е. собственно фельдшеров, не получивших полной фармацевтической подготовки.

4. С этой же целью находится особое приложите, в котором исчислены приемы внутрь употребляемых лекарств.

5. Прибавлены при исчислении отдельных средств английские и французские названия таких веществ и составов, которые заключаются в фарма-копеях этих государств и в приобретении которых может ■встретиться надобность для наших судов в заграничных портах.

6. Изложены реагенты для наиболее важных врачебных средств в самой про стой форме, так что этим не только облегчается ревизия медик а милов в госпитальных аптеках, ио и дана ■возможность нашим врачам за границей удостовериться в доброкачественности приобретаемых ими врачебных средств,

7. Также с целью контроля в наших госпитальных аптеках определено количество медикаментов, которое должно получиться в остатке, когда оно подвергалось какой-либо фармацевтической операции, что особеяю важно для всех сложных препаратов, приготовляемых с помощью спирта».

Авторы морской фармакопеи и среди них главный доктор Калияковского морского госпиталя Я ни икни, аптекарь Б а стих и начальник медицинской части Петербургского порта Мерцалов во многих разделах фармакопея отразили специфику

[1] Подробнее о жизни и деятельности К- О- Розенбергера см. статью полковника-мед. службы П. М. Розанова «Историческая рать морских госпиталей в -развитии медицинского образования и в подготовке врачебных кадров Флота», «Военно-Морской врач», № 2, 1946.

[2] «Фармакопея» магистра фармации К- И. Креслинга, Труды Российского фармацевтического съезда, состоявшегося в С.-Петербурге с 20 по 27 мая 1913 г., СПБ. 1914.

военно-медицинской службы флота. В фармакопею введены противоцинготные лечебные средства, как, например: черемша, или череииц3-черемушка-калба (А1!шгп итш-г.ит 1ас(ИоНтп)— луковичное растение, дико произрастающее в Прибалтийском ' крае и «ногах других губерниях средней и южной России, на[1] восточном берегу Черного моря, иэ Кавказе, гм, Урале и Алтае, на Камчатке и в Приуралье.

В старину черемшу употребляли как мочегонное и противогнилостное средство, а листья шли в пищу (ботанический словарь Аыенкова).

В фармакопее черемша рекомендуется как противоцинготное лекарство. Приготовление настойки черемши об я зачел уно для аптек только тех местностей, в которых имеется свежая черемша.

В фармакопее еще имеются статьи о свежей клюкве (Тгис1ик охусос!. песеп1:е$) и свежем лимоне (ТгисСик сИп гесепз) для получения свежевыжатых соков, кроме того, о противоцинготном сборе (Зресюз аобзсогЬибсае) и настойке (Т1пс1нга алИвсогЬиНсв).

Состав настойки: свежий хрен —4 фунт; нраый кореш — 2 унца; инбирь— 2 драхмы; можжевеловые ягоды — 6 унций; семена горчицы—I унц; винный спирт 70[1] — 2 фунта; все это настаивается 8 дней.

Интересно, что в морской фармакопее имеются отдельные короткие статьи о пищевых продуктах; пшеничной муке, овсяной крупе и обыкновенной воде. Не исключена возможность, что в аптечных лабораториях в отдельных случаях производились анализы пищевых продуктов.

Отдел «Реактивы морской фармакопее:» представляет собой более подробное, чем в других. подобных изданиях, руководство для качественного анализа фармацевтических препаратов. Здесь имеется в виду проверка медикаментов в аптеке военно-морского ведомства, особенно приобретаемых за границей.

В отделе описаны 39 важнейших реактивов, приложен список 24 приборов для производства аналитических работ и таблица «Офиц-ннальные к нс лоты».

Все это похоже на ктпрольиые апм-тигическне приспособления современной аптеки.

Трудно установить, насколько всем этим пользовались аптеки госпитаскй флота. Сам по себе факт постановки авторами морской фармакопеи вопроса об зиалитическом контроле аптеками -поступающих лекарственных препаратов чрезвычайно -интересен и знаке нате лен для истории русской военной фарздац»ви.

Не менее примечательно включение в морскую фармакопею особых статей с прописями изготовления сухих экстрактов с декстрином — первая в России попытка рационализации лекарственных форм. Это прогрессивное Для того времени начинание исходило от деятелей военно-морской медицинской службы как «наиболее соответствующее судовой практике». Но значение этого мероприятия не ограничивается только интересами военной фармации.

Следует отметить и другие статьи морской фармакопея, доказывающие основательные познания авторов в области фармацевтической науки и желание сделать фармаюэпею необходимым руководством также и для -врачей.

В статье «Дигиталин» дается сравнительное описание французского и немецкого препаратов.

Подробная статья под названием «Ванны» (Ва(пеа) указывает температуру для гаин холодных, теплых, очень теплых и др., составы для вам[1]» щелочных, из отрубей, сепных, -горчичных, соленых, ртутных и $т_о$ п.

По славной традиции многих русских ученых медиков и фармацевтов XIX века во многих случаях заграничные лекарства по возможности заменены отечественными, например, вместо листьев сенны —кора крушины и т. п.

Окончательная редакция материалов морской фармакопеи сделана крупнейшим представителем фармацевтической науки в России проф. В сеяно-медицинской академии акад. 10. К- Траппом.

Морская фармакопея 1869 г. — значительный творческий рруд русских ученых и является ценным вкладом в медицинскую к фармацевтическую науку второй половины XIX века.

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

СОВЕЩАНИЕ ПО ПРОБЛЕМЕ ЛЕПТОСПИРОЗОВ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЖЕЛТУХ

В 1946 г. в чгесппуте им. Мечникова в Москве било проведено совещание по борьбе с лептоспнрогамн и инфекционными желтухами.

В вводном докладе по безжелтушным лептоспирозам А. А. Варфоломеева осветила вопрос о распространении водной лихорадки в СССР. Б. Я- Хейфиц доложил о вспышке водной лихорадки в Коми-Пермяцком округе Молотовской области. Подобные вспышки у нас в Советском Союзе описаны многими авторами.

Докладчик И. И. Николаев на тему «Лептоса проносите льет во среди Крыс» при**вел** интересный анализ результатов исследова1ния 1 260 крыс. Как обнаружил анализ. 3,17'/в этих крыс являлись лептоспироносителями. Из 35 выделенных штаммов на группу иктерогеморратин типа «Блок» пришлось 33 и на группу дальневосточных **типа** «ДВ-В» («Моняков») — 2 штамма!; последние выделены впервые в СССР.

В докладе «О вспышке инфекционной желтухи» т. Николаев сообщил о выделеним -им лептоспиры гриппотифоза у рыжей полезна. Он же впервые в СССР обнаружил лептоспироноснтельство у мышей. Носителями лептоспиры гриппотифоза являются различные виды мышей, что теперь твердо установлено как у нас, так № за границей.

Проф. В. И. Терских в докладе «Этиологическая классификация инфекционных желтух и лептоспирозов» предложил свою классификацию этого заболевания. Предложенная классификация после подробного обсуждения совещанием принята не было. Докладчик И. А. Дука лов по вопросу инфекционной желтухи крупного рогатого скота утверждал, что связь желтухи животных с лептоспирозами человека пока не подтверждается. Т. Ляпустин в сообщении «К вопросу об идентичности лептоспирозных заболеваний человека и животных», наоборот, считает, что между заболеваниями людей н животных существует тесная связь и источником заболеваний людей являются животные.

Этот очень важный для эпидемиологии и эпизоотологии вопрос подвергся всестороннему обсуждению, после которого совещание приняло резолюцию, признающую-неоомнеиной роль животных в эпидемиологик лептоспирозов человека. Однако эпидемиологическое значение различных животных как источников инфекции неравноценно: основным резервуаром лептоспирозов в природе являются грызуны, в то время как другие животные могут вызывать заболевания среди людей лишь при особых обстоятельств ах.

С большим интересом был заслчшан доклад 3. И. Алисовой «О -вспышке лептоспироза среди людей и крупного рогатого скота». По данным автора, вспышка была-вызвана как у людей, так и у животных лептоспирой гриппотифоза. Обычно лептоспира гриппотифоза вызывает у людей безжелтушный лептоспироз. В данном слу**чае** у значительного процента заболевших людей болезнь сопровождалась желтухой. Необходимо более углубленное изучение выделяемых при этих вспышках штаммов лептоспир я их антигенной структур*!.

В ряде докладов с различных точек зрения была освещена очень важная и сложная проблема «эпидемического гепатита» («катарральной желтухи»), разрешению которой в Советском Союзе и за границей уделяется сейчас большое внимание.

Так как точки зрения иа этиологию, эпидемиологию и патогенез этого заболевания различны, а научных данных для разрешения проб,темы лептоспирозов недостаточно, совещание отметило в резолюции необходимость усиления научной разработки этиологии эпидемического гепатита, источников инфекции, механизмов передачи, патогенеза и клиники заболевания.

Совещание также отметило необходимость изучения поствакцинального гепатита (вакцинация против корм сывороткой людей), его этиологии, условий заражения, методов его предупреждения, а также дкференциального отличия его от эпидемического гепатита. Научные работники Ленинградского института им. Пастера н Санитарного управления Ленинградского фронта подробно изучили большую вспышку желтушного лептоспироза (иктеро-геморрагический лептоспироз) в Ленинграде в дни блокады 1942—1943 гг, Инфекция в данном случае распространилась пищевым путем'. Доклады о результатах изучения этой вспышки на совещании сделали тг. Токаревнч. Попов, Дакснер, Тихонов и другие.

Нет сомнения, что совещание дало определенное направление дальнейшему изучению и практическому разрешению вопросов лептоспирозов и инфекционных желтух- Освещенные на совещании вопросы имеют большое теоретическое и практическое-значение для военно-медицинской службы

*

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941-1945 гг.) Продолжение[1]

9. Раневые инфекции

Соколов М, И., Случай заболевания столбняком после перенесенной анаэробной инфекции, Хкоургия, 4. 1944.

Соколов Н. В., К методике лечения столбняка большими дозами протазо .столбнячной сыворотки, Госпитальное дело, 7, 1943.

Соколов Н. В., Клинические формы раневого сепсиса я травматическое истощение, Советская медицина, 9. 1944.

Соколов Н. В,, Раневой сепсис, Казань, 24 стр., 1943 (В помощь гос питал ьному врачу, в. I),

Соколов Н. В„ Сепсис при огнестрельных повреждениях, в кн. Труды Казани ■сксго медицинского института, в. 1, Казань, стр. 3—15. 1942. Библиогр.; Советская медицина, 2—3, 1943.

Спиридонов А. Н., Гемотерапия сепсиса, Горьк-лй. 165 стр., 1942 (Областное управление госпиталями ВЦСПС по Горьковской и Кировской областям).

Стражеско Н. Д., О раневом сепсисе. Советская медицина. 1—2, 1944.

Стройкова К. В., Внутривенная серотерапия анаэробной инфекции, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 ш лечебных учреждений армий, в. 8, Л„ .стр. 12—16, 1943.

Стройкова К. В., К ■вопросу об анаэробной инфекции. Вестник хирургии нм. Грекова', 61, 2, 1941.

Струков А. И„ К вопросу о сепсисе и травм эпи ческой истощении, в к«. Сборлик научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 184—193, 1945.

Сыворотки против столбняка и газовой гангрены. Огонек, 50, 1944.

Т а г и б е к о в К. Г., Борьба с судорогами при столбняке, в кн. Труды звако-«госпиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 8. Л., стр. 17—19, 1943.

Таг и беков К. Г., К -вопросу о лечении столбняка. 19-е заседание Общества Пирогова от 28.1Х.1940 г., Вестник хирургии им, Грекова, 11, 5, 1941.

Теребцн А. Я., Три случая столбняка в ППГ. в кт Труды Военно-медицинской академии нм. С. М. Кирова, т. 30, Л., стр. 162—167, 1941.

Ту ров ед И. Г., Наблюдения над анаэробной инфекцией огнестрельных рап. Советский врачебный журнал, 2, 1941.

Улезко-Строганова К. П., Значение типичности гистологических изменений поперечнополосатых мышц в области ранений для диагностики анаэробной инфекции, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 2, Л„ стр. 38—47, 1943.

Ульпер В. Э., Опыт применения замороженной плазмы с лечебной целью при раневом сепсисе, Госпитальное дело, 3, 1944.

Уианцева 3. С. Два случая газовой гангрены мозга. Невропатология и психиатрия, 12, 4, 1943.

Ушаков А. П., Об оперативном удалении инородных тел из кодаийого сустава. Хирургия, 7, 1945,

Файвишенко Э. Л., К вопросу о столбняке в тыловых госпиталях, Хирургия, :2. 1944.

Фенелонов А. Л., Профилактика и лечение столбняка, Молотов, 4 стр., 1942 (Молотовсюнй эвакопункт № 44).

Фенелонов А. Л., Столбняк в свете современного учения о раздражителе и раздражении, в к и. Труды Молотове кого медицинского института, в. 21, Молотов, стр. 189-216, 1943.

Фоминых А. П., Опыт ухода за тяжело ранеными, перенесшими газовую инфекцию, Фельдшер и акушерка, 3, 1945.

Хаб а с И. М. н Панин Ф. Т., Определив» 1п чкго антигенных свойств аматоксина В. реНпп^егз по его анпггоксииосвязывающей способности, Журнал микро■ бпологa», эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Хайновский С. Д., Ускоренная лабораторная диагностах а газовой инфекции, Госпитальное дело, 10—11, 1944,

• См. «ВМЖ» № I, 2, 3, 4, 1947.

Хания М. Г., Лечение столбняка субокципитальный и внутривенным введением протигостолбнячной сыворотки, Хирургия, 12, 1944.

Ханин М. Г., Наши наблюдения над анаэробной инфекцией, в ки. Труды совещаьшя хирургов Волховского фронта 9—10 июля 1942 г., Вологда; стр. 138—141, 1942 (СУ Волхозского фронт^).

Х долее Г, Я-. Лечение столбняка субокципитальным введением противостолбнячной сыворотки, Бюллетень экспериментальной биологии в медицины, 16, 4—5, 1943,

Хейфиц А. Б., Лечение фагами ран, осложненных анапробной инфекцией, в ин. Труды совещания хирургов Волхоаского фронта 9—10 июля 1942 г., Вологда, стр 131—137, 1942 (СУ Волховского фронта^.

Царева А. Л., Профилактика столбняка при травмах глаза, в ки. Труды Киргизского государственного медицинского института^ т. 2, Фрунзе, стр. 43—48, 1945. Библиогр.

Цехновицер М, М., О раневой инфекции (по материалам совещания -тк> раневой инфекции 25—29. ХП. 1943 г., созванного Ученым советом НК Здрава СССР), Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1944.

Цилукидзе А. П., Бактериофаготерапия раневой инфекции, в ют Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр, 134—141, 1944,'

Цилукидзе А. П., К клинике анаэробной инфекции, В помошь 'медработникам эвакогоспиталей, 2—3, 1942.

Цилукидзе А. П., Роль бактериофага в борьбе с раневой инфекцией, в ки. Сообщения Академии каук Грузинской ССР, № 5, б. и., стр. 467—472, 1942.

Цимхес И. Л., Клиническое значение бациллурии при газовой инфекции, Хирургия, 5, 1944.

Цып В. Н. и Захарина Д. И., Опыт получения комбинированной сыворотки а яти столбнячной и атиперфрянгенс, в кн. Лабораторная практика, М., Медгид стр. 37, 1944.

Цып В. Н., Сирбиладзе Н. Я. И Др., Бактериофаг против возбудителей газовой гангрены, в кк. Труды Ленинградского иистигута вакцин » сывороток, в. 1, Л„ стр. 29-30, 1944.

Чайка А. А., Пленро-пульмональный сепсис, в кв. Сборник научных работ Киевского окружного военного госпиталя, в. 2, Киев. Гос мед ио дат. стр. 36—43, 1945.

Черизя Л. А., Дремлющая анаэробная инфекция при огнестрельных ранениях по материалам Сталииабада, Хирургия, 3, 1944.

Черная Л. А., Изучение анаэробной микрофлоры у раненых в госпиталях глубокого тыла, Журнал микробиологии, эпидемиологии я иммунобиологии, 7—8, 1945.

Черная Л. А., Серотерапия газовой инфекции по данным эксперимента и практики Отечественной войны, Госпитальное дело, 11—12, 1943.

Черна.я Л. А., Роль антитоксического фактора в иммунитете газовой гангрены, вызываемой бактерией перфрингенс, в кн. Труды 6-го всесоюзного анаэробного совещания. М_, стр. 81—83, 1941.

Черная Л. А„ Экспериментальные данные по механизму действия противотангренозных сывороток, в частности, сыворотки антннерфрингснс. Диссертация. Сталинград, 154 стр.. 1942 (Киевский институт эпидемиологии и микробиологии). Библиогр. (напечатано на пишущей машинке).

Черная Л. А. И Аберман Е. О., Анаэробная и аэробная флора инородных тел. костных секвестров и отделяемого ран. Хирургия, 2, 1944.

Черников Е. А., Некоторые вопросы диагностика *н терапии сепсиса,,,в кж Сборник научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 194—201, 1945.

Черников Е. А., Раневой сепсис с точки зрения интерниста, Врачебное дело, декабоь, 1944.

Черткова, Гладилина и др., О стабильности токаикоанаэробных бацилл в глицерине. Журнал микроб ио логин, эпидемиологии н иммунобиологии, 9, 1944.

Чвстович А. С., О П'севдодаралетическсм синдроме при затяжных септических состояниях, в кн. Сборник* работ санитарной службы СмбВО, в. 2, М., етр. 353—357. 1943 (Саиотдел СибВО).

Чисто вич Н. С., Об анаэробной инфекции при огнестрельных ранениях мозга 1по материалам ППГ), Вестник хирургии нм. Грекова, 65, 1, 1945.

Шаффра Л. 3., Анаэробная инфекция. Диагностика и лечение, Новосибирск, Облгоснздат, 35 стр., 1943, Библиогр.

Шерешевсккй Г- М., О газовой гатгрене мозга, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.

Шиханов В. И., Ле челке столбняка большими дозами противостолбнячной сы■юротки. Военно-морской врач, 1, 1945.

Шлапоберский В. Я., Лечение сепсиса пенициллином. Хирургии, 7, 1944.

Ш м у к *л* е р Б. Я., К казуистике и лечению столбняка. Советская медицина. 10. 1943.

Штерн Л. С, К вопросу о лечении столбняка, ВСД, 10, 1942; Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 14, 4, 1942.

Шур Б. Ю.. Тромбофлебит яремных вен « сепсис, в кн. Сборник научных работ Киеве исто окружного военного госпиталя. «. 2, Киев, Госмеднздат, стр. 59—70, 1945.

Шургаск'ияа Т. В., Анаэробная инфекция при огнестрельных повреждениях бедра, тазобедренного н коленного суставов (гео матери шлам ХППГ), в кн. Труды фронтовой конференции по лечению огнестрельных переломов бедра, повреждений колейного и тазобедренного суставов, Прага[1], стр. 113—116, 1945 (ВСУ 1-го Украинского фронта).

Шушхов Д. А., Хирургическое лечение газовой инфекции, в юа Сборник научных трудов эвакогоспиталей фронтового М-ского МЭП, б. м., стр. 43—47, 1944.

Щекотов Г. М., Лечение рая, осложненных анаэробной инфекцией, по материалам эвакогоспиталей фронтовой базы, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов. МЭП-92. стр- 173—188, 1945.

Щелетов В. Н., Содержанке «нормальных» антитоксинов с возбудителем газовой гангрены и дифтерии в кров-и некоторых домашних животных, Журнал микробиология, эпидемиологии и иммунобиологии, 10—11, 1941.

Ще петов Ф. Н., О наличии столбнячных нормальных антитоксинов в крови некоторых домашних животных, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 1—2, 1944. Библиогр.

Щепетов Ф. Н., Сравнительная оценка лечебных и тфофилактккческх свойств анпнсывороток против раневых инфекций. Здравоохранение Казахстана. 5—6, 1945.

Эйдинова М. Б., Неврологические симптомы при раневом сепсисе. Клиническая медицина, 22, 3, 1944.

Эрне тав и К. Д., Лечение инфицированных ран. в кн. Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 125—134,1944.

Юдин Ф. И., Анаэробная инфекция, в ют. Санитарная служба Тихоокеанского флота в Хасагегкой операции, Л., стр. 72—77, 1941.

10. Инородные тела

Абарбанель Е. Э., Инородные тела при слепых огнестрельных ряиемнях, з кн. Сборник работ санитарной службы СибВо, в. 2, М., стр. 145—149, 1943.

Астров М. С., Оперативные показания и методика при удалении металлических инородных тел, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественной войне, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 236—239, 1943.

Бакулев А. Н., Тактика хирурга при раиевиях с наличием инородных тел. Госпитальное дело, 5—6, 1943.

Беликова С. В. и Гиршина И. В., К методике обработки ран при удалении инородных тел, в хи. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской ССР, т. 1. Махач-Кала, стр. 79—82, 1943.

Бернштейн В. С. к Божедомова Н. Г., К вопросу об удалении инородных тел при огнестрельных ранениях. Советский врачебный журнал, 1, 1941.

Бог ат ин Д. Я., К методике удаления инородных тел из мягких тканей, в частности, из ягодицы, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей, М., Медгиз. стр. 81—84, 1942 (Саиотдел СибВО).

Василенко Д. А. и Бехтер И. А., Опыт удаления инородных тел в рентгеновской операционной. Госпитальное дело, 11—12, 1943.

В и з е п Э. М., Невропатологические покзвания к удалению инородных тел. (Реферат) (По материалам эвакогоспиталей), Невропатология и психиатрия. 13, 1944.

Вульфович М. О., Опыт 120 операций удаления инородных тел, в кн. Сборник научных работ, Горький, стр. 5—15, 1943 (Московский коммунистический военный госпиталь).

Габай А. В., К вопросу о судьбе •свинцовых пуль в организме. Свинцовая гранулема, Хирургия, 6—7, 1941.

Гасуль Р, Я., К вопросу об удалении металлических инородных тел. Вестник рентгенологии и радиологии, 26, I, 1944.

Гасуль Р. Я., Методы определения локализации инородных тел и их хирургическое . значение, в кн. Труды межреспубликанского совещания главных и ведущих хирурге* Узбекской, Таджикской, Туркменской, Киргизской и Казахской ССР. Ташкент, стр. 11—13, 1943.

Гасуль Р. Я- и Волошин Я. М., Наш опыт извлечения огнестрельных инородных тел под контролем рентгеновского экрана, в ко. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр, 245—248, 1943 (САВО).

Горбань и Флот и ль И, С., О показаниях к удалению инородных тел в условиях тылового эвакогоспиталя, Госпитальное дело, 11—12, 1943.

Горин С. Г., К казуистике инородных тел мочевого пузыря, Советское здравоохранение Киргизии, 2, 1941.

Городецкий А. А., Опыт удаления инородных тел под контролен лучей Рентгена, Госпитальное дело, 11—12, 1943.

Гуляев А. В., К методике удаления инородных тел огнестрельного происхождения, Хирургия, 10, 1944.

Джанелидзе Ю. Ю., Миграция ружейной пули в легочной ткани, в кн. Анналы института Склифосовского, т. 3, кнь 1, М., Медгиз, стр. 76— 81, 1942

Д и у Н. Н., Инородное тело заднего средостения. Хирургия, 10, 1942.

Ем ель я вов Н. Е. и Катбасов В., Электроэонд для обнаружения металлических инородагых тел в организме, ВСД, I, 1943.

Еремин Н. К., Об удалении инородных тел при огнестрельных ранениях в гсспиталях глубокого тыла. Советская медицина, 17—18, 1941.

Ефремов А. П., Опыт рентгеновской локализации инородных тел при ранениях туловища и конечностей, в хи. Сборник научных работ Киевского окружяого военного госпиталя, в. 2, Киев, Госмедиздат, стр. 91—96, 1945.

Жоголев Г. С., Мельчайшие вторичные, инородные тела конского хвоста спинного мозга после огнестрельного ранения поясничного отдела позвоночника, в ки. Психиатрия и невропатология в Великой отечественной войне, б. м., стр. 136—139, 1945.

Закария Е., О значении инородных тел при военно-полевых ранениях в связи <4 показаниями и противопокава-ниямн для их удаитения, В помощь медицинским работникам эвакогоспиталя, 8—9, 1942.

Золицкий А. А., Показания к- удалению инородных тел после огнестрельных ранений, в ни. Сборник научных трудов эвакогоспиталей фронтового 74-скюго местного эвакопункта, б. м., стр. 40—43, 1944.

Зыков Л. И., Случай позднего обнаружения инородного тела (пули) в легком, в кл. Медицинский ебогомк'. № 1, б. м., стр. 37—38.

Иванов И. К., Методы подведения иглы под контролем рентгеновых лучей к «породным телам в мягких тканях, в к«. Сбормнк научных пабот эвакогоспиталей. М., Медгиз, стр. 84—86, 1942.

И о с с е т Г. П. и Горелова А. Н., Наш опыт удаления (инородных тел огнестрельного происхождения, Хирургия, 4, 1945.

Ицике о и Л. Я., Валуйск а я Е. Н. и Плястннин Н. В., Редкий случай внедрения большого инородного тела в обе глазницы с сохранением функции глаз, Вестник офтглмолога», 24, 4, 1945.

Кейзер А. Ф., К вопросу об удалении инородных тел, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечестве иную войну, Ташкент, стр. 240—244, 1943.

К л у г м а и Г. А., Роль фистулографни при операции удаления инородных тед в кн. Опыт работ эвакогоспиталей за год Отечествен ной войны. Горький, стр. 132—134. 1942; Вопросы хирургии войны, желудочной хирургии и урологии, Горький, стр. 246—248, 1942.

Клямурис С. Ф.. Лечение свищей на почве неудаленных металлических осколков, в ИИ. Некоторые вопросы медико-санитарной службы Черноморского флота в Отечественной войне, М.—Л., стр. 44—49, 1945.

Коваленко Д. Г., Клиника инородных тел и показания к их удалению, в ки. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдра-ва Дагестанской ССР, в. 1, Махач-Кала' стр. 72—73. 1943.

Коган А. И., Клиника инородных тел военного/периода, и кн*. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. I, Свердловск, стр. 55—68, 1942 (УралВО).

' Кочергин И. Г., Новый метод определения локализации металлических инородных тел. Хирургия, 11—12, 1942.

Кузьминский С М., Удаление металлических инородных тел да тканей человека, Хирургия, 8, 1942.

Курбэ'ыклеез С. И., К вопросу о б актер пальмой флоре инородных тел при ■огнестрельных ранениях. в кк. Сборник работ по военно-полевой и общей хирурги», посвященный XXX-легию .научной деятельности А. В, Смирнова, Л., стр, 50—64, 1944.

Лауеиберг В. Я. и Киселев И. М., Совместная работа рентгенолога и хирурга при удалении металлических инородных тел при огнестрельных ранениях, Госпитальное дело, 2—3, 1943.

Леткеман Ф. Я., Редкое передвижение пули, Хирургия, 10, 1945.

Либерман Л. М. и Г о л ьденберг, Удаление ино)родных тел, в кн. Труды 1-й хирургической конференции М-ского распределительного эвакопункта, б. м., стр, 351—352, 1943.

Либерман Т. Л. и Григоров И. С„ К вопросу о методе предварительного окрашивания при извлечении инородных металлических тел, -а кн. Сборник работ санитарной службы С.ибВО, -в. 2, М., стр. 254—257, 1943,

Лидсккй А. Т„ О показаниях и технике удаления огнестрельных инородных тел из сердца и перикарда. Клиническая медицина, 23, 3, 1945.

Лнчманов Н. Г. и Борисова! К. П., Слепые огнестрельные ранения и инородные тела по данным клинического и бактериологического исследования, в кн. Сборник работ по военной медицине, № 1, б. м., Воешиздат, стр. 73—80, 1944 (СУ 2-го Украинского фронта).

Любарский М. Г„ Извлечение инородных тел под контролем рентгеновского экрана., Советская медицина, 4—5, 1945.

Мещанинов А. И., Диагностика и тактика при инородных тела/х в мягких тканях, Врачебное дело, 6, 1941,

Митропольский Н. К-, Инородные тела военного времени. Медицинская сестра, 1—2, 1945.

Молчанов Е., Экспериментальные данные к вопросу о влмнини БУКВ на микрофлору металлических нноооодных тел. Сообщение 1-е, Бюллетень экспериментальной биологии <и медицины, 18. 1—2, 1944.

Молчанов Е. В. и Смирнов М. И„ Влияние постоянного электрического-тока на инфицированные инородные металлические тела. Военно-морской врач, 4, 1945.

Норенберг *А.* Е., О показаниях и времеия удаления инородных тел пои огнестрельных ранениях, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.

Обзор прений по докладам на тему «Инородные тела огнестрельного происхождения», и кн. Труды Ученого медицинского совета при начальнике Медико-санитарного управления Военно-Морского Флота, т. 3, в, 6, № 12, М.—Л., стр. 149—156, 1944.

' Очкин А. Д., Извлечение металлических инородных тел из тканей человеческого организма при помощи «радиощупа», в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей, М.. стр. 73—76, 1942 (Санотдел СибВО); Хирургия, 11—12, 1942.

Петрова Н. Д., Микрофлора инородных тел, в кн. Сборник научных трудов, в. 3, Иркутск, стр. 65—66, 1943 (Иркутский институт эпидемиологии и микробиологии).

Португ&лов С. О., Удаление инородных тел после огнестрельных ранений, в кн. Военная медицина в Великую отечестве1нную войну. Рефераты, в. 1, М.. стр. 49—53, 1944 (СУ Краской Армии).

По столов М. П., Тактика хирурга при наличии инородных тел в мозговой ткани. Вопросы нейрохирургии, 8, 6, 1944.

Пунин В. В., Инородные тела огнестрельного происхождения в современной войне, в кн. Труды Ученого медицинского совета пря начальнике Медико-санитарного управления Военно-Морского Флота, т. 3, в. 6, № 12, М.—Л., стр. 80—88, 1944.

Р е й и б е р г С. А., Об отхождении огнестрельных инородных тел из кишечника-при слепых ранениях живота (Рентгенологические наблюдения), в кн. Сборник научных работ института за год Отечественной войны. Л., стр. 66—72, 1942 (Ленинградский институт усовершенствозания врачей им. С. М. Кирова).

Реп ет ько В. И., Случай удаления из ран веразорвавшнхея мин, ВМЖ, сентябрь — октябрь, 1944.

Соколов В. В., О показаниях и лротивопокзззниях к удалению инородных тел з условиях тылового эвакогоспиталя, в кн. Вопросы хирургии в эвакогоспиталях. Горький, стр. 29—32, 1942.

Соловьев А. Г., К казуистике инородных тел брюшной полост», Хирургам. 3-4, 1942.

Тавровский И. Н., Инородные тела, в км. Санитарная служба в дни Отечественной войны, № 1, Свердловск, стр. 82—89, 1942.

Файвншенко Э, Л. я Никольский В. В., Об инородных телах, «случайно» оставляемых в раневых полостях при операциях и перевязках, в кн. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 550—554, 1941.

Фогельфангер И. М., К «опросу о показаниях и технике удаления инородных тел, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, № 1, Свердловск, стр. 69—81, 1942 (УралВО).

Хавкин А. С., Определение локализации инородных тел при помощи сетки ВСД. 8, 1941.

Хотикова С. А., Два случая миграции инородных тел при огнестрельном ра нении счставов, в км. Санитарная служба в дв» Отечественной войны, № 1, Свердловск, стр. 113—118, 1942 (УралВО).

Х у и д а д з е С. Г., Об удалении инородных тел, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 2—3, 1942.

Шварц Я. Э„ О забытых инородных телах, Госпитальное дело, 4—5, 1945.

Шиханов В, И., О способе удаления инородных тел из головного мозга под контролем рентгеновского экрана, в кн! Из опыта медико-санитарной службы Красно знаменного Балтийского флота, М.—Л., стр 59—61, 1945.

Ш л опак В. В., К вопросу о методике удаления инородных тел. Опыт использования (рентгенологических данных в практике хирургической работы, -в кн. Военно-морской медицинский сборник, в. 3, М. — Л., 1945.

Экспериментальные данные к. вопросу о влиянии УКВ на микрофлору металлических инородных тел. Сообщение 1-е, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 7—8, 1944.

II. Отморожения

Андреева С. И., О светолечении сеежнх главы и ожогов, в кн. Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 155—156, 1944.

Арье в Т. Я-, Как предохранить себя и товарища от отморожений, Хабаровск. Дальгнэ, 16 стр., 1941.

Арье в Т. Я., Клиника и лечение отморожений. Вестник хирургии **нм. Грекова**, 2, 1941.

Арье о Т. Я., Оберчгай себя и товарища от отморожения, М., Медгиз, 8 сир. 1941 (ГВСУ Красной Армии).

А -р ь е в Т. Я.. Основные черты современного учения об отморожемия, М., Медгиз, 47 стр,, 1943 (ГВСУ Красной Армии).

Астафьев А Д,, О предупреждечми отморожений ног. ВМЖ, февраль, 1944.

Б у нк нн И. А. я *Я* б ло ко во и ий Н. М., Как охранить себя от отморожения. Челябинск, Челябпгз, 8 стр., 1941.

Бурденко Н. Н., О роли симпа<пяческой иераяой системы при отморожении. Хирургия, 5—6, 1942.

Вербов А. Ф., К диагностике отморожений в реактивном периоде, ВМЖ, ноябрь — декабрь, 1944.

Вербов А. Ф„ Отморожения военного времени и ж лечения, в кн. Медицинский сборник, № 1, б. м., стр. 15—21/1942.

Веселкин П. Н., О восстановлении сердечной деятельности и дыхания у кроликов после «клинической смерти* от охлаждения, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1—2, 1943.

Винокуров С. И., Охлаждение организма и т^эевращения аскорбиновой кислоты, -в кд. Сборник трудов, посвященный В. В. Воронину, Тбилиси, -угр 104—109, 1941.

Воробьев А. В., Актуальные вопросы клиники и терапии отморожений, в кн. Труды 1-й хирургической конференции Ц-ского РЭП 27—30 мюля 1942 г., б. м., стр. 367—373, 1943.

Воскресенский, Лечение отморожений нижних конечностей, ВСД, 1—2, 1942.

Врубель А. И., Опыт УВЧ терапии отморожений в госпитальных условиях, Военно-морской врач, 5—6, 1942.

Гамов В. С., К хирургическому лечению высоких степеней обморожения в эвакогоспиталях Ленинграда, Хирургия, 12, 1944.

Гамов В. С., Материалы к клинике и лечетию отморожений, в кн. Труды Воен но-медицине кой академии им. С. М. Кирова, т. 29, Л., стр. 235—255, 1941.

Гамов В. С., О хирургической тактике пре лечении отморожений, а км. Труды, эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 9, Л., стр. 52—56, 1943.

Гамов В, С., Оперативное лечение отморожений, Новый хирургический архив. 2, 1941.

Генкин Р, *Л.* **и** Левин Я. Ф-, Клиника, классификация и лечение отморожений. Советская медицина, II—12, 1943.

Герасименко Н. И., Лечение отморожений. Хирургия, 2, 1945.

Гирголав С. С., Современные данные по отморожениям. Клиническая меднцина, 21,1—2, 1943.

Голомидов А. Я-, Первая помощь при отморожении, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, стр. 105—119, 1945.

Г о р и н е в с к а я В. В., Термические и энергетические поражения на войпе, в юн. Гориневская В. В. и Рами М. Г. Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени, М„ стр. 140—163, 1942.

Городецкий В. М. и Когаиицкий И. П., К клинике и лечению отморожений, в к». Научные труды госпиталей, в. 1, М.. стр. 29—32, 1942.

Г р у б и н а. С. А„ Лечетлте ожогов и отморожений каротином, в кн. Сборник работ по военно-полевой и общей хирургии, посвященный XXX-летию научной деятельности А. В. Смирнова', Л., стр. 84—91, 1944.

Гутиевой М. Х., Лечение и уход при отмооожеаиях. Медицинская сестра,- 4—5, 1943.

Девятая И. П., Лечение отмороженных конечностей, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 10. 1942.

Дамперов, Опыт лечения отморожений. Госпитальное дело, 1—2, 1944.

Д е л е в с к и й П. С., К клинике и лечездию отморожений, Ортопедия и травматология, 2, 1941.

Дружинина А. П., Лечение отморожений, в кн. Лечение раненых и больных в эвакогоспиталях ВЦСПС по Узбекистану. Сборник научных работ, в. 1, Ташкент,- стр. 49—52. 1945.

Друлев В. А., Отморожение и его лечение, Фельдшер и акушерка, 10—11, 1943,

Дунаевская М. Б., Лечение отморожений УВЧ полем, Физиотерапия, 3—4, 1941.

Жердин И. В., УВЧ терапия при отморожениях, Физиотерапия, 1, 1941.

Заславский Л. Д. и Шимановская Е. Е., Артериография **при** отморожении у человека, Хирургия, 2, 1945.

Ильичева Н. С„ Некоторые иехимнческие данные при отморожениях III и IV степени, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, в. 1, Куйбышев, стр. 328—331, 1944. *

Иоффе М. С., Клиника» и эффективность лечения отморожения (По материалам тылового госпиталя), в кн. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений **и** отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 417, 1941.

К а з Б. Л. и Л у к а и о в А. Ф., К вопросу о лечебной помощи при отморожетях в военное время, ВСД, 9, 1942.

Калма невский С. М., Показания к ампутации при тяжелых отморожениях. Хирургия, 7, 1942.

Каменская Г. П., Блок по Вишневскому при отморожениях, в кн. Сборяик -научных работ по лечению огнестрельных -ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свфдловск, -стр. 481—486, 1941.

Кеворкьян А. А., О лечении отморожений (предварительное сообщение). ВСД, 11. 1941.

К и беи П. Н., Реотенологн четкие данные при отморожениях, в к«. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла. Свердловск, стр, 441—446, 1941.

Киме ль мэн Б. И., Клинические наблюдения при лечении отморожений витамином К, в к и. Витамин К, М„ стр. 43—45, 1944.

К и яш ев А. П., Клиника и лечение отморожений, Клиническая медицина, 22. 1—2, 1944.

Коада Р. Я., Лечение отморожения УВЧ полем, В кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 445—447, 1943.

Копосев ич М. А., К вопросу лечения отморожений и ожогов, Фельдшер и акушерка, I—2, 1945.

' Контор и Клебэнская, Лечение отморожений тю материалам М-скюго госпиталя, ВСД, 1—2, 1942.

Королев и Р ок и т я н сюн й, О лечении отморожений физическими методами, ВСД, 1—2, 1942.

Кошовец П. Д., К вопросу о лечении отморожений, Госпитальное дело, 1—2,1944.

Кош овец П. Д.. Наблюдения над лечением отморожений застойной геперемией (Реферат), Хирургия, 2, 1944.

Кристанов 14. А., Лечение ожогов и отмоооженим, Ташкент, 24 стр. с илл., 1941 (Ташкентский медицинский институт им. В. М. Молотова. В помощь врачу).

Кроткое Ф. Г., О применении жиров и мадей для предупреждения отморожений, ВСД, 2—3, 1943.

' Кроткое Ф. Г., О профилактике отморожений, ВСД, 1, 1943.

Кроткое Ф. Г,, Профилактика отморожений иа войне, Медицинская сестра, 1-2, 1943.

Кубасова, Лечение отморожений в условиях эвакогоспиталя, ВСД, 1—2, 1942.

К у к и я Н. Н., Лечение отморожений конечностей новокаиновой блокадой к масляно-«бальзамической» повязкой. Архив биологических наук, 62, 1, 1941.

Куликова А. И., Лечение отморожений ни кокечиом этапе эвакуации, в ки. Вопросы хирургии войны, желудочной хирургии и урологии[1], Горький, стр. 170—172, 1942.

Куиевич В. Г. и Охрипенко А. В., Состояние периферического кровотока ка кожной поверхности конечностей прл отморожениях, в кн. Труды научной сессии, посвященной па-мята- акад. Павлова, Л., стр. 37, 1942.

Кучерявенко Я. М., Гемотерапия при отморожениях (Предварителютое сообщение), Здравоохранение Казахстана, 9, 1943.

Левин И. И„ К вопросу о лечении отморожений конденсаторным полем УВЧ и физиотерапевтическими факторами, в кн. Сборник научных трудов, Л., стр. 165—175. 1942 (Ленинградский красноармейский военный госпиталь); Медицинский сборник, № I, б. м„ стр. 22—25, 1942.

Левин М. М., К вопросу об изменениях нервных окончаний кожи при ст морожении (предварительное сообщение), -в кн. Вопросы военной невропато логин, б. м., стр. 175—178, 1944.

Левин О. А., Захарова А. А. и Кацнельсон О. Л., Лечение гранулирующих культей после отторжения отмороженных частей конечностей, в кя. Сборник научных работ института за годы Отечественной войны, Л., стр. 174—175, 1942 (Государственный институт усовершенствования врачей мм. С. М. Кирова).

Левин О. А., Отморожения и их лечение, а кн. Труды 1-м научной конференции терапевтов, б. М., стр. 63—73, 1942.

Левит В. С., Лечение отморожений, ВСД, 10, 1941.

Либерман С. Л,, Профилактика отморожений, Омск, 24 стр., 1943.

Л и п с к м й И. А., К вопросу о лечении отморожений II степени на этапах -эвакуации, в кн. Вопросы экспериментальной и клинической дерм ато-венерологии, в. I, Архангельск, стр. 200—203, 1944,

М аз а ее П. Н,, Кровообращение при отморожения (Клинико-рентгенэлогнческне и экспериментальные вазографические наблюдения). Хирургия, 7, 1942.

М азаев П, Н., Периферическое кровообращение при отморожениях, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета Н КЗ драва Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 267—270, 1942,

Маневич И. А., Сепсис при отморожении, в кн. Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей НКЗдрава Грузинской ССР, Тбилиси, стр. 325—326, 1944.

Меркулов А. И., Изменения в костях при отморожении (Рентгеновские наблюдения), Военно-морской врач, Б—6, 1942.

(Продолжение следует)

★

И. Б. Зархин Русская морская фармакопея ... 54

ВМЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ'^ОНФЕРЕННИЯХ

Совещание по проблеме лептоспирозов и инфекционных желтух 56

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны ^911—194л гг) 5Я

I- В. 2 а г к Ы п ТЬе Кмэдап Мака! РЬагтасороеи 54

АТ МЕОЮАБ 8ОС1ЕПЕЗ АЫО ЗС1ЕНТ1Р1С СОНРЕРЕНСЕЗ

А МееЦпд он Оте РгоЫет о! 1-ер со зрсгоыя ао<11п1ес«»пя ксегав . . 56

ывиоаялрнг

Со1опе1 о< сЬе Медсса! Зе лисе 1. О. М а к а г о у. ВсЫк^гарку оа 1№аг !Йе<11с1пе Оиппв Ше теаг» о(в»е РаспоНс \Уаг..... 5В

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

6

ИЮНЬ

МЕДГИЗ · 1947

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕ-ОКНЕ ВОПРОСЫ

Майор мед. службы Т. Х. З а и г и-е в. Некоторые профила кт'ические мероприятия при анаэробной инфекции..... 3
Майор мед. службы кандидат мед. наук Н. С. Полянский. Наслоения сыпного тифа на туляремийную инфекцию , . . . 6

А. Г. Д е и *б о,* Е. Т. Назарова я М. Л. Щ е р б а. О так называемой второй волне алиментарного истощения 9
Подполковник мед. службы М. Г. Марголис. Лечение слезотечения 16
Майор мед. службы М. С. М а кота. Острый личиночный конъюнктивит 20

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Майор мед. службы И. П. Татаринов. К вопросу об органи* акции медицинского пункта на аэродроме.....24
Майор мед. службы В. А. И в а н о в. Переломы конечностей у личного состава авиации..... 26

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

14рлковник мед. службы проф. П. Е. К а л м ы к о в. Приготовление витаминных настоев из хвои, древесных листьев и травянистых растений.....35

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

Совещание по туляремии . . , . **48**

В УМС Министерства здравоохранения СССР..... **49**

СОЬТЕМТ5

М ЕО1САЕ-РКОРН УВА Х У 01ДЕ8ТЮН8

Ма}ог о(Пае МеЖсаГ ЗепИсе Т. Кб. 2 а п & I у е V. йоте Ргор(эу)асИс Меазигез 1п АпааегоЬІс 1п1есиоп 3

Ма]ог о€ Же Мебсса! Зегуще, Сап-Лба1е о! МеЖса! Зоепсез Н. 3. Ро1уапзку. зиаИЙсаНоп о(Турция ироп Же Ти1агепНа 1п}ес-<(оп 6
А. О. РегоЬо, Е. Т. Миаюта. апй М. 1.. 811 с 11 ег Ьа. Оп Же ьо Са])еб Зесопб Ч'аУе о(АН-теШагу 1иапшоп . . .9
Со1опе1 о! Же Месйса! ЗегдССе М. О. Магнон?. Тйе ТгеаСтеп! оУ ЕрсрЬога.....**16**
Ма)ог о! 1Ье МеЖса) 8егч)се М. $. М а к о к Ь а. Аси1е ТатУа! Соп-}ипсцу|Г1$..... 20

ЦЦЕ8ТЮН ОН ТНЕ МЕО1САВ 8ЕИУ1СЕ ОР ТНЕ МАР

Ма)ог о(Же МеЖса! 8егУ1се. 1. Р. Т а С а г 1 п о V. 1 *о* Же РнезИоп оп Же Ог^агИхаНоп 01 те МеЙ1са1 51а11<т ас Же Аегобготе **24**
Марг оУ Же МеЖса! Зегуссе V. А. 1 Va п о V. ЕхсгетЖез Ргассигез **1и Же** АУ1Э(юп.....**26**

0ОЕ8Т/ОН8 ОН \УАР НУСНЕНЕ

Со1опе1 оУ МеЖса! ЗегеССе Рго(. Р. Е. ' К а 1 т а к о у. Ргерагабоп о(VI-1ат)п Жквюпз кот сопйег ИеесПев, Ьеауев апб НегЬз ... 35

АТ МЕО1САЕ 5ОС1ЕТ1Е3 АНО 8С1ЕНТ/Р1С СОНРЕКЕИСЕ3

А Мее1Ш2 оп Ти1агет(а..... **48**

Ггот Же Зс1еп11Йс МеШса! Соипс11 о{ Же М1п1$(гу о(Неа1Ж о! Же И85В.....**49**

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Редактор
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН
Секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члевы редколлегию

генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ.
генерал-полковник медицинской службы) Н. Н. БУРДЕНКО. |
генерал-майор медицинской службы М. *С.* ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

6

ИЮНЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
«МЕДГИЗ* —1947 —МОСКВА

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Майор мед. службы Т. Х. ЗАНГИЕВ

НЕКОТОРЫЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Частота осложнений ранений анаэробной инфекцией в значительной степени зависит от качества личной гигиены бойцов, состояния окопов, траншей, блиндажей, степени утомления бойцов, качества их питания, состояния ран, своевременности и правильности их первой перевязки, качества иммобилизации раненой конечности, способа транспортировки, своевременности оказания хирургической помощи, применения серопрофилактики и ряда других факторов.

В госпитали нашего ГПЭП всего поступило 54 072 раненых; из них у 497 человек (0,9%) ранение осложнилось анаэробной инфекцией. Из числа последних без иммобилизации поступил 21 человек, с неправильно наложенными шинами—113.

Неправильная иммобилизация, несомненно, является фактором, способствующим развитию анаэробной инфекции. Если конечность плохо иммобилизована, то во время транспортировки края костей травмируют мягкие ткани и еще более нарушают кровообращение. Образуются новые некротизированные участки тканей, являющиеся благоприятной почвой для развития анаэробных микроорганизмов, если они попадают в рану.

Все раненые, у которых развилась анаэробная инфекция, кроме 2, отмечали, что они перед ранением находились в состоянии сильного утомления; ‘это, конечно, отражалось на состоянии периферического кровообращения.

За 16 лет в Ферганском госпитале не было ни одного случая осложнения ран анаэробной инфекцией. Возможно, это отчасти объясняется тем, что в мирное время перед травмой человек не бывает так утомлен, как в военное время перед ранением.

Из 497 раненых с анаэробной инфекцией хирургическая обработка ран на предыдущем этапе эвакуации была произведена только у 58 человек (11%). Запоздалая хирургическая обработка ран, несомненно, явилась важнейшей причиной учащения осложнения анаэробной инфекцией у раненых, проходящих через наш ГПЭП. Это можно видеть при сравнении частоты случаев анаэробной инфекции у поступивших к нам из трех МСБ; в одном МСБ хирургической обработке ран подверглось 35% раненых, анаэробная инфекция развилась у 1,3% поступивших из этого МСБ раненых; во втором МСБ хирургической обработке подверглось 59%, заболело анаэробной инфекцией 0,8%; в третьем МСБ хирургическую обработку ран получили почти все нуждавшиеся в ней, заболело анаэробной инфекцией лишь 0,05%. Цифры очень убедительные.

Лериш считает хирургическую обработку ран вполне достаточной мерой для предупреждения анаэробной инфекции. Во время боев на озере Хасан из числа раненых, у которых развилась анаэробная инфекция, у 75% не производилось первичной хирургической обработки (Ахутин).

Серопрофилактика также является одним из важных моментов профилактики анаэробной инфекции. Из этого же числа 497 раненых с анаэробной инфекцией только 7 получили на предыдущем этапе по одной дозе противогангренозной сыворотки (подкожно).

За все время работы непосредственно с места ранения в наши госпитали поступило 666 раненных осколками авиационных бомб с множественными загрязненными ранами. В таблице приведены результаты профилактических мероприятий, предпринятых у этих раненых.

Количество профилактических доз противогангренозной сыворотки	Число поступивших раненых	Из них получили сыворотку		Заболело анаэробной инфекцией[1]	
		внутримышечно	внутривенно	число раненых	%
2	126	126		4	3,2
3	172	82	90	2/1	2,4/1,1
5	368 .	119	249	2/1	1,6/0,4
Всего ...	666	327	339	8/2	« —

Противогангренозную сыворотку раненым вводили сразу же при поступлении их в госпитали; кроме того, у всех производилась хирургическая обработка ран. Из таблицы видно, что; 1) абсолютный процент заболевших во всех группах повышен по сравнению со средней частотой; это мы ставим в связь с тем, что у всех иступивших раны были в основном рваные, с большой зоной повреждения тканей и очень загрязненные; 2) наименьшая частота развития анаэробной инфекции наблюдалась в тех случаях, когда применялось внутривенное вливание пяти доз сыворотки. Вначале мы пользовались рекомендованной инструкциями методикой, т. е. вводили подкожно или внутримышечно одну профилактическую дозу. Лишь в процессе работы, убедившись, что рекомендованная методика малоэффективна, мы постепенно стали увеличивать количество доз и менять способ введения сыворотки.

При внутримышечном и подкожном введении для резорбции сыворотки из ткани требуется некоторое время. Особенно медленно сыворотка рассасывается в подкожной клетчатке. Известны работы, свидетельствующие о том, что максимум содержания антител в крови после подкожного или внутримышечного введения противоанаэробной сыворотки достигается лишь через 24—48 часов после введения. Между тем анаэробная инфекция развивается очень быстро. При внутривенном же способе введения сыворотки антитела поступают непосредственно в общий круг кровообращения.

Наши выводы находят теоретическое объяснение в работах ряда авторов. Например, К. В. Стройкова считает, что: «антигангренозная сыворотка против- четырех «основных возбудителей создает не только пассивный иммунитет, связывает токсины, но, как чужеродный белок, вызывает мощную мобилизацию всех защитных ресурсов организма, в первую очередь активизирует специфические антитела. Быстрота накопления их прямо зависит от путей введения. При внутривенном введении они активно действуют уже через 6 часов, при внутримышечном через 36—72 часа» (К вопросу об анаэробной инфекции, Вестник хирургии, № 2, стр. 216, 1941).

1 Числитель — при внутримышечном введении сыворотки, знаменатель—при внутривенном введении.

С профилактической целью противогангренозную сыворотку нужно вводить при всех ранениях верхних и нижних конечностей, сопровождающихся обширным размозжением мягких тканей и переломами **ко**стей.

Мало кто вводит противогангренозную сыворотоку с профилактической целью при пулевых ранениях. Отчасти это объясняется тем, что раньше после пулевых ранений осложнения анаэробной инфекцией наблюдались редко.

Гросс на *4* 472 ранения наблюдал анаэробную инфекцию в 134 случаях, из -них в 177 — после ранения осколками снарядов, в 10 — после ранения гранатой, в 3 — после ‘ранения шрапнелью и только в 4 — после ранения пулями. У Румпеля на 154 случая анаэробной инфекции в 139 осложнение развилось после ‘ранения гранатой, в 5 — после ранения ручной -гранатой, в 6 — после ранения 'винтовочной пулей. Ахутин 92в/й случаев анаэробной инфекции наблюдал при осколочных .ранениях.

По 'нашим наблюдениям анаэробная инфекция развилась после ранения осколками ‘мин в 182 случаях (36,4%), осколками авиабомб — в 57 (11,4%), осколка-ми артиллерийских снарядов — в 96 (19,7%), после ранений пулями — в 115 '(23,1%), после отморожений — в 38 (7,6%); ие выяснено — 9 (1,&%). При этом анаэробная инфекция, развивающаяся после пулевых ранений, протекает гораздо более бурно и тяжело, чем после осколочных ранений с большой зоной повреждения тканей. Происходит это, очевидно, потому, что при пулевых ранениях с узким раневым каналом вглубь раны поступает меньше кислорода, чем при широко зияющих ранах, а выход газов и отток гноя и жидкости затруднены.

По данным Брусиловского, среди заболевших анаэробной инфекцией осколочные ранения были у 77,5% и пулевые — у 22,5% раненых. По Дудко (тот же источник), анаэробная инфекция часто развивалась после пулевых ранений и ранений мелкими осколками[1].

Из всего сказанного видно, что в дни Великой отечественной войны немало случаев анаэробной инфекции развивалось ц после пулевых ранений. Следовательно, и при пулевых ранениях конечностей, особенно нижних, нужно профилактически вводить противогангренозную сыворотку.

По 'Мельникову[2], введение сыворотки не показано при ранениях кистей, стопы и свода черепа. Наши данные Не подтверждают этого. Мы наблюдали '5 случаев анаэробной инфекции при ранениях стопы и 9 случаев — при ранениях кисти. Это убеждает нас, Что и при ранениях стопы и кисти сыворотку с профилактической целью также нужно вводить.

Арапов отмечает особую частоту анаэробной инфекции у врачей, это позволяет ему считать анаэробную инфекцию заразным 'заболеванием, требующим особой личной осторожности и полной изоляции больных.

В заразительности анаэробной инфекции мы убедились на следующем примере: Врач Б. поранила ногу стеклом в операционной для раненых с анаэробной инфекцией, и у нее развилось это заболевание.

'Мы не ‘можем точно установить, кто из раненых заболел анаэробной инфекцией в результате контакта с имевшими это осложнение ранеными, но полагаем, что таких случаев бывает немало там, где при этой инфекции не соблюдают нужных мер предосторожности.

* Хирургия, № 2—3, 1943.
* Материалы по вол тополевой хирургии, стр. 91, 1940.

Выводы

1. Борьба за высокое качество личной гигиены, хорошее питание, нормальный отдых, хороший транспорт для раненых, хорошую иммобилизацию конечностей, санитарное оздоровление местности, на которой находятся части, — все это имеет большое значение в профилактике анаэробной инфекции.

2. Лучшей профилактикой анаэробной инфекции является ранняя первичная хирургическая обработка раны и внутривенное введение 5 доз антигангренозной сыворотки.

3. Противогангренозную сыворотку нужно вводить как при осколочных, так и при пулевых ранениях конечностей.

Майор мед. службы, кандидат мед. наук Н. С. ПОЛЯНСКИЙ

НАСЛОЕНИЯ СЫПНОГО ТИФА НА ТУЛЯРЕМИЙНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Хотя смешанные инфекции встречаются у человека сравнительно нередко, сочетания туляремии и сыпного тифа до сих пор были еще неизвестны. Изучение в течении каждой из этих инфекций новых, открывающихся при этом обстоятельств представляет немалый интерес.

Во время Великой отечественной войны, на юге в феврале— марте 1942 г. в районе, освобожденном от немецких оккупантов в коллективе, пораженном туляремией в конце 1941 г., развилась вспышка сыпного тифа. Случаев сочетания туляремии с сыпным тифом всего было 33. Все больные — мужчины в возрасте от 18 до 45 лет. В 15 случаях сыпной тиф присоединился к туляремии (первая группа); в других 15 случаях оба заболевания развились одновременно (вторая группа); в 3 случаях туляремия последовала за сыпным тифом (третья группа).

Диагноз сыпного тифа ставился на основании клинических данных и подтверждался реакцией Вейль-Феликса, которая оказалась положительной в разведении 1:3200 у одного больного, в разведенки 1:1 600 — у 7, в разведении 1:400 — у 19, в разведении 1:200—у 3 и была отрицательной у 3 больных. Диагноз туляремии подтверждался внутрикожной пробой с тулярином (проба дала положительный результат у 21 из 22 больных, исследованных этим способом) и реакцией агглютинации с туляремийным антигеном (положительная у 28 больных из 31).

Таким образом, наслоение одной инфекции на другую не тормозило выработки антител ни по отношению к протею X_{19}, ни к возбудителю туляремии.

Больные первой группы (сыпной тиф, наслаивающийся на туляремию) поступали в госпиталь с клиническими признаками туляремии, находясь в инкубационном периоде сыпного тифа. Обстоятельства заражения сыпным тифом удалось проследить точно, и мы установили, что длительность инкубации в этих случаях не отличалась от обычной и держалась® пределах 10—14 дней. Туляремия у этих больных выявлялась в так называемой «тифоидной» форме *. Лихорадка была длительной, ремиттирующей, но температура редко поднималась выше 38,5°. Со стороны внутренних органов определялись бронхиты, вяло

[1] Добавим, что классификация туляремии, в которой наиболее частая и, мы бы сказали, наиболее эпидемическая форма этого заболевания носит название «тифоподобной», кажется нам несостоятельной не только потому, что подобие здесь незначительно, но и потому, что туляремия имеет свой нндявклтальный облик и в чподоблеииях не нуждается.

разрешающиеся бронхопневмонии, мефрозо-нефриты. Сознание обычно сохранялось, и общее состояние только в единичных случаях можно было назвать тяжелым. Иногда лихорадка оказывалась единственным признаком текущей инфекции.

Присоединение сыпного тифа резко ухудшало общее состояние больных *и* меняло характер лихорадки. Усиливалась головная боль, развивалась адинамия, появлялись бред, расстройства деятельности сердечно-сосудистой системы. Одним словом, «тифозное состояние» появлялось только «месте с сыпным тифом, и сопоставление картин двух разбираемых инфекций у одних и тех же лиц наглядно демонстрировало, как мало обоснован термин «тифоидная форма туляремии». Сыпной тиф начинался более постепенно, нежели обычно, без резких начальных ознобов; нередко его присоединение .истолковывалось как обострение туляремии. В дальнейшем, несмотря на доминирующую роль сыпного тифа в общем клиническом комплексе, признаки туляремии продолжали обнаруживаться, извращая температурную кривую. Так, у 7 больных наблюдались повторные познабливания с последующими проливными потами, у 5 — глубокие ремиссии в разгаре сыпного тифа; в нескольких случаях в течение первых 3—4 дней сыпнотифозная лихорадка имела характер гектической; в одном случае окончание ее было чрезвычайно сходным с постепенно затухающими амфиболическими колебаниями брюшнотифозной кривой, что совершенно не свойственно сыпному тифу. В 8 случаях кривая сыпного тифа за счет продолжающейся туляремии перешла в длительную субфебрильную лихорадку, но в остальных 7 случаях туляремия, видимо, обрывалась вместе с окончанием сыпного тифа.

Изучение большого числа больных с различными диагнозами в очаге туляремии убедило нас в том, что средн них встречается значительное количество лиц, перенесших туляремию бессимптомно. Среди описываемой первой группы таких больных оказалось 5. Болезнь у них протекала как типичный сыпной тиф, но лабораторные исследования указывали, что эти больные одновременно переносят или уже перенесли туляремию; однако ни клинические наблюдения во время заболевания сыпным тифом, ни тщательно собранный анамнез не (могли выявить никаких признаков ее на протяжении ближайших 5—6 месяцев (эти лица были вполне здоровы). У всех 5 человек болезнь протекала тяжело; трое из них умерли.

У больных 'второй группы (одновременное заболевание сыпным тифом и туляремией) болезнь начиналась ознобом, резкой головной болью, общей разбитостью. Более или менее быстро развивалась типичная картина сыпного тифа. Температура держалась на высоком уровне в течение 10—12 дней, иногда дольше, затем ступенеобразно снижалась, но. дойдя до уровня 37—38°, задерживалась в этих пределах еще на 15—30—45 дней. Иногда клиническое исследование выявляло у этих больных симптомы, свойственные туляремии: колиты, боли >в подложечной области, атонию 'кишечника; в одном случае в этом периоде развился шейный бубон, в другом — типичное для туляремии высыпание на кистях и лице в виде красных узелков неправильной формы. В других случаях исследование не могло обнаружить никаких характерных признаков туляремии, и только специфические реакции давали возможность установить истинный характер этого субфебрильного «хвоста», также совершенно не обычного при сыпном тифе.

Вряд ли можно допустить, что в этих случаях заражение туляремией произошло в период заболевания сыпным тифом; симптомы туляремии и положительные специфические реакции обнаруживались уже в первые дни заболевания. Гораздо вероятнее, что тут имела место скрыто протекавшая туляремия, которая под влиянием сыпного тифа перешла в явную.

В тех 3 случаях, в которых туляремия развилась вслед за сыпным тифом (третья группа), между двумя заболеваниями имелся интервал в несколько дней нормальной температуры. У одного больного специфическая реакция с туляремийным антигеном оказалась положительной уже на пятый день заболевания сыпным тифом, а клинические признаки туляремии проявились лишь на третий день после кризиса; это сближает этот случай с больными второй группы. Во всех 3 случаях туляремия протекала не особенно тяжело, но длительно.

Для оценки тяжести сочетаний сыпного тифа с туляремией сравним некоторые показатели описываемых случаев с контрольными. В качестве последних мы используем группы сыпнотифозных больных из того же очага, ранее не болевших туляремией ни явно, ни скрыто н с отрицательными специфическими реакциями. Количество контрольных больных во много раз превышает число наблюдений, послуживших для данного сообщения (см. таблицу).

Диагноз	Осложнения (в %)		Летальность (в %)
	бронхопневмония	менингит и энцефалит	
Туляремия и сыпной тиф	39	45	21
Сыпной тиф.....	13	1	2,3

Из таблицы видно, что бронхопневмония встречалась у наших больных в 3 раза чаще, чем у контрольных, менинго-энцефалит — в 45 раз чаще; летальность была в 9 раз выше.

Из 7 умерших у 3 в анамнезе нет никаких указаний на перенесенную в прошлом туляремию, но специфические реакции с туляремийным антигеном оказались положительными и при жизни, и посмертно (реакция агглютинации с трупной кровью). Вскрытие подтвердило у 2 из них наличие обеих инфекций; за туляремию говорили увеличение бифуркационных и мезентериальных лимфатических узлов и гнойная диссеминация в почках; третий больной, видимо, недавно перенес эту инфекцию в стертом виде.

В остальных 4 случаях одновременное заболевание обеими инфекциями подтверждено клинически и патологоанатомически. У этих больных течение сыпного тифа уже **с** первых дней принимало злокачественный характер, сыпь была по преимуществу петехиальной, с самого начала развивались поражения центральной нервной **системы** и сердечно-сосудистая слабость.

В ыводы

1. При сочетании сыпного тифа с туляремией первый протекает значительно тяжелее обычного.
2. Присоединение сыпного тифа обостряет туляремию, переводит ее из скрытого состояния в явное и дает толчок к проявлению новой волны этого заболевания.
3. Последнее обстоятельство может до некоторой степени служить подтверждением мнения, что иммунитет при туляремии является нестерильным.
4. Наслоение одной инфекции на другую не стирает их 'клинических признаков и не тормозит выработки антител по отношению к их возбудителям.
5. Длительность инкубации сыпного тифа при сочетании его с туляремийной инфекцией не изменяется.

★

А. П ДЕМБО, Е. Т. НАЗАРОВА к М. Л. ЩЕРБА

О ТАК НАЗЫВАЕМОЙ ВТОРОЙ ВОЛНЕ АЛИМЕНТАРНОГО ИСТС ЩЕНИЯ

Настоящее сообщение основано на изучении этиологии и особенностей клиники заболеваний алиментарным истощением, начавшимся осенью 1942 г. на Ленинградском фронте среди личного состава одного подразделения.

Полноценность и достаточная калорийность красноармейского пайка е то время как будто бы исключали возможность возникновения этого заболевания, связанного, как известно, с дефектами питания. Естественно, что прежде всего возникал вопрос, действительно ли мы имели дело с алиментарным истощением или в основе наблюдавшихся нами болезненных форм лежали те или другие изнуряющие патологические процессы, определяющие развитие у военнослужащих клинической картины истощения, по сути дела вторичного.

Вопрос этот решался достаточно типичной для алиментарного истощения клинической картиной у наших больных.

Как известно, «наиболее характерными субъективными признаками алиментарного истощения являются: резко усиленный («волчий») аппетит, мышечные боли, учащенный позыв на мочеиспускание (поллакиурия), пониженная трудоспособность, зябкость.

Ранними объективными признаками являются похудание, гипотермия, брадикардия, запоры, пониженная секреция потовых и сальных желез (отсюда сухость кожи), медлительность движения и речи» (Э. М. Гельштейн).

'Мы пониженную трудоспособность наблюдали у 87,3% заболевших, мышечные боли — у 66,6%, лоллакиурию— у 45,3%, зябкость—у 7% Та или иная степень пониженного питания наблюдалась во всех случаях, гипотермия (ниже 36°) — в 94%, брадикардия (ниже 60 ударов в 1 минуту)—в 77%, сухость кожи — в 53,6%, запоры — в 13,3% случаев.

Таким образом, у наших больных были основные симптомы, характерные для алиментарного истощения. Однако далеко не все симптомы наблюдались одинаково часто, особенно зябкость и запоры.

Сопутствующие хронические заболевания, которые могли бы сами по себе привести к истощению, наблюдались очень редко. Например, туберкулез легких как сопутствующее заболевание был всего у 4% больных.

Окончательно разрешить вопрос о сущности заболевания помогли вскрытия трупов умерших больных. Так, по данным начальника армейской патологоанатомической лаборатории Е. И. Поповой, ни в одном случае при вскрытии трупов военнослужащих, погибших осенью 1942 г. с диагнозом алиментарного истощения, не было обнаружено каких-либо патологических процессов, которыми можно было бы объяснить это истощение.

Данные секции в основном соответствовали картине, описанной в свое время Г. И. Чайкой на осноле вскрытия трупов, умерших от алиментарного истощения зимой 1941 г.

Ближайшей причиной смерти, как и по данным Г. И. Чайки, явилась почти во всех случаях (в 46 из 48) пневмония, чаще мелкоочаговая. Таким образом, не остается сомнения в том, что в наших случаях мы действительно имели дело с первичными истощающими процессами, достаточно четко и подробно изученными на Ленинградском фронте еще зимой 1941 г. и известными под названием алиментарного истощения. Однако алиментарное истощение в 1942 г. имело свои черты, несколько отличные от алиментарного истощения 1941 г. Заболевание развивалось

у -военнослужащих, получавших как будто бы полноценное и достаточно-калорийное питание. Чтобы наиболее полно и детально ответить на во* прос о причинах возникновения заболеваний алиментарным истощением, предложили всем войсковым санитарным начальникам провести поголовный осмотр всего личного состава воинских частей армии со специальной целью выявить истощенных и ослабленных военнослужащих. Нэ выявленных таким образом больных алиментарным истощением, а также на больных, находившихся на всех этапах эвакуации, заполнялась специально разработанная (А. Г. Дембо) «карточка больного». Кроме того, всех больных алиментарным истощением концентрировали в одном специализированном армейском эвакогоспитале, терапевты которого получили задание детально изучить особенности клиники этой нозологической формы. Наконец, были созданы специальные бригады, состоявшие -из санитарных врачей и врачей-терапевтов, детально обследовавших условия труда, быта и питания военнослужащих.

Анализ полученных таким образом -материалов, качественно к количественно достаточных для того, чтобы делать выводы, позволил установить ряд весьма интересных фактов. Прежед всего выяснилось, что в 1942—1943 гг. заболеваемость алиментарным истощением распределялась среди военнослужащих армии избирательно, причем удалось совершенно определенно установить и факторы, способствующие развитию заболевания. К ним следует отнести возраст, перенесенные в прошлом заболевания и физическую конституцию военнослужащих.

Подавляющее большинство лиц, заболевших алиментарным истощением в нашей армии, были люди старше 35 лет (78,8%). В группе первично заболевших число лиц старше 40 лет составляло 49,15, т. е. около половины всех больных, а среди повторно болевших (т. е. перенесших алиментарное истощение)—36,8%. Лица до 35 лет составили в группе первично болевших 21,2%, в группе повторно болевших — 33,8%. Из 48 умерших 43 были в возрасте старше 35 лет, в том числе 35 человек старше 41 года.

Это подтверждает наше предположение, что зимой 1941 г. возраст не имел такого важного, предрасполагающего к развитию заболевания значения, какое он получил в 1942—1943 гг.

Из перенесенных ранее заболеваний в первую очередь следует остановиться на самом алиментарном истощении. Алиментарное истощение легко рецидивирует. По нашим данным, процент повторно болевших составил 34,7. Следует учесть, что в эту цжЬоу вошли лишь те больные алиментарным истощением, которые зимой 1941 г. лежали по поводу этого заболевания в госпиталях. Между тем несомненно, что все военнослужащие, находившиеся на Ленинградском фронте зимой 1941 г., перенесли алиментарное истощение в той или иной степени, причем часть из них лежала в госпиталях, более же выносливые перенесли заболевание на ногах.

Если с этой точки зрения подойти к группе повторно болевших, то к ней следует отнести всех военнослужащих, которые зиму 1941/42 г. провели на Ленинградском фронте. Таких лиц среди наших больных было 48,8%.

Механизм развития рецидива алиментарного истощения можно себе представить по-разному. С одной стороны, несомненно, что после перенесенного заболевания репаративные процессы в организме больного протекают чрезвычайно торн и дно и склонны давать обратное развитие. С другой стороны, возможно, что в тканях больного, пеоенесшего алиментарное истощение, остаются тонкоструктурные необратимые изменения, не дающие выраженных объективных симптомов, но легко выявляющиеся под влиянием внешних неблагоприятных факторов. Вероятно, имеет -место и тот, и другой механизм.

Следующим из перенесенных в прошлом заболеваний является дизентерия. Дизентерия в анамнезе у наших больных отмечена в 21,5% случаев. Если ясе учесть «поносы», которые больные нередко переносят на ногах и которые, как показали наблюдения последнего времени, в основном имеют также дизентерийную этиологию, то этг цифра вырастет до значительных размеров. «Поносы» в анамнезе от* мечены у 43,9% наших больных, причем половина больных страдаль «поносами» во втором полугодия 1942 г., непосредственно перед заболеванием алиментарным истощением.

Наконец, 18,6% всех больных алиментарным истощением при поступлении в лечебные учреждения .имели «поносы». По словам самих больных, основные симптомы истощения появились у них с момента развития этих «поносов».

Дизентерию как фактор, осложняющий и отягощающий течение алиментарного истощения, мы хорошо изучили во время эпидемической вспышки ее в январе—феврале 1942 г. нд Ленинградском фронте. Н* этот раз четко определилось, что дизентерия является фактором, провоцирующим развитие алиментарного истощения, способствующим нарушению равновесия организма. Из остальных острых и хронически; заболевании, перенесенных больными в прошлом, известное значение в качестве фактора, предрасполагающего к развитию алиментарного истощения, по нашим данным, имеют: хронические желудочно-кишечные заболевания, туберкулез, тифы, пневмонии и тяжелые ранения, перенесенные военнослужащими в 1941 —1942 гг. В общей сложности перечисленные заболевания отмечены в анамнезе у 40% наших больных. Каждое из этих заболеваний создает известную общую физическую неполноценность организма и понижает его сопротивляемость неблагоприятным внешним явлениям.

Это особенно наглядно подтверждается наблюдениями командир* госпитального взвода ОМСБ капитана мед, службы Сакальского, по данным которого хронические заболевания желудка в анамнезе больных алиментарным истощением встречались в 33% случаев, а в группе здоровых военнослужащих — всего в 12%.

Туберкулез легких, по данным этого же автора, встречался в анамнезе больных алиментарным истощением в 12% случаев, а среди зд<-ровых — всего в 5,5%.

Последним фактором, предрасполагающим к развитию алиментарного истощения, является, как уже указывалось, физическая констн туция военнослужащих.

О более тяжелом, злокачественном, течении заболевания у лиц астенической конституции зимой 1941 г. писали Э. М. Гельштейн *л* М. В, Черноруцкий.

Старший лейтенант мед. службы Г. Я. Панченко на своем -материале показала, что алиментарным истощением осенью — зимой 1942 г. чаше заболевали лица высокого роста, с узким лицом, длин ными конечностями и острым эпигастральным углом, т. е. лица, прв-ближающиеся к астеническому конституциональному типу. Это следует связать со слабым развитием подкожного жирового слоя у таки; лиц, повышенным обменом веществ у них и пониженной усвояемостью.

Все перечисленные предрасполагающие моменты создают известный фон, благоприятный для развития алиментарного истощения. Однако важно знать, какие факторы вызывают заболевание, если алиментарный фактор отсутствует? Изучейие наших больных позволило установить и этот фактор. Прежде всего следует вспомнить, что летне-осеьний период 1942 г. на Ленинградском фронте характеризовался большими оборонными и лесозаготовительными работами, т. е. тяжелым

физическим трудом. Как показали данные обследования, на этих рабо тах в ряде случев не было правильного чередования сна и отдыха: военнослужащие нередко работали по 16—18 часов подряд. При организации труда не всегда можно было диференцированно распределять нагрузки средн военнослужащих, отличающихся друг от друга здоровьем и возрастом. Все это создавало разрыв между энергетическими затратами военнослужащих и калорийностью красно-армейского пайка. Иначе говоря, питание, покрывавшее энергетические затраты организма при нормальной рабочей нагрузке, оказалось явно недостаточным при повышенной. Этот разрыв, в первую очередь, сказался на группе физически неполноценных лиц (возраст, перенесенные заболевания, конституция).

Таким образом, алиментарное истощение в этом периоде было вызвано чрезмерной физической нагрузкой. Правильность этой точки зрения подтверждается клиническими наблюдениями. Мы неоднократно видели больных, у которых симптомы алиментарного истощения развивались непосредственно после длительной и тяжелой физической работы.

В ряде случаев симптомы проявлялись внезапно, иногда тут же на работе, причем были случаи комы и смерти.

Несомненно, способствовало развитию заболеваний и значительное похолодание, наступившее на Ленинградском фронте осенью 1942 г. Это понятно: при низкой температуре окружающего воздуха для поддержания температуры тела на определенной -высоте повышаются энергетические затраты организма.

Переходим теперь к особенностям клиники алиментарного истощения этого периода. Прежде всего привлекает внимание легкость течения заболевания, выразившаяся в сравнительно небольшом проценте смертности, редкости коматозных форм и явным преобладанием случаев алиментарного истощения I и II степени. Среди наших больных алиментарное истощение 1 степени было у 24,3%, II—у 68,2% и III—у 7.4%

Совсем иное соотношение было зимой 1941 г. Тогда, по данным подполковника мед. службы В. А. Банковского, I степень алиментарного истощения наблюдалась у 13,4% больных. II—у 46,6% и III—у 40%.

В отдельных случаях в 1942 г. заболевание отличалось недостаточной выраженностью характерных симптомов. Так, далеко не все больные жаловались на мышечные боли, поллакиурию и зябкость; нередко не наблюдалось сухости кожи, не было запоров. Следует оговориться, что редкость жалоб больных на зябкость можно объяснить и другой причиной. Если зимой 1941 г. в плохо натопленных «времянками» палатах больные алиментарным истощением действительно страдали от холода, то в 1942 г. типичной являлась, наоборот, высокая температура в перегретых палатах, которую больные переносили плохо. Причина этого, пов-иднмому, заключается в нарушении терморегуляции, вследствие чего больной алиментарным истощением оказался одинаково чувствителен как к понижению, так -и к повышению температуры Окружающей его среды.

Особое объяснение имеет также сравнительная редкость запоров. В анамнезе у многих больных отмечена дизентерия. А после дизентерии, как известно, нередко надолго остается неустойчивый стул. Особенно часто это наблюдается при затяжном, хроническом, течении дизентерии, типичной для описываемого нами периода.

В связи с преобладанием у наших больных алиментарного истощения I и П степени вес больных не падал так катастрофически, как зимой 1941 г. Хотя больше чем у половины (63,4%) больных вес их был ниже среднего женского (ниже 55 кг), все же 45 кг, т. е. вес,

достаточно типичный для алиментарного истощения зимы 1941 г, наблюдался сравнительно редко (всего в 5,3% случаев).

По данным майора мед. службы М. 'М. Варшавской, относящимся к январю—февралю 1942 г., вес больных при поступлении в госпиталь редко превышал 50 кг, у большинства колебался от 40 до 50 кг, а у 13 падал даже ниже 40 кг. Выраженной мышечной атрофии мы на этот раз не наблюдали вовсе. Мышечной атрофии не определялось также и ни у одного из 48 умерших.

Сравнительно редко мы наблюдали отечные формы — всего в 13% случаев против 25—40% по данным авторов, изучавших эту форму заболевания зимой 1941 г. (Балковский, Флекель и др.). Однако мы должны оговориться: если явные отеки, действительно, наблюдались сравнительно редко, то известная предуготовленность к развитию отека была почти у всех больных. Сказанное подтверждается тем, что за редким исключением вес больного алиментарным истощением, даже кахектика, в первые 1—2 недели после начала лечения, как правило, снижался в среднем до 1 кг и только к концу второй — в начале третьей начинал медленно нарастать. Подобное снижение веса следует отнести в основном за счет схождения скрытых отеков. Наблюдавшиеся нами отеки в оольшинстве случаев следует отнести к категории так называемых ранних отеков (Гельштейн), причем течение заболевания в этих случаях отличалось доброкачественностью. Отеки редко достигали значительных размеров и сравнительно быстро сходили под влиянием только строго постельного режима. Так называемые поздние отеки (Гельштейн) мы наблюдали всего у 2 больных. В обоих случаях отеки появились вслед за присоединившейся дизентерией и достигли огромных размеров, жидкость скоплялась преимущественно в брюшной полости (асцитические формы).

На фоне этого сравнительно легко протекавшего алиментарного истощения отчетливо выявились симптомы г и п о- и авитаминозов, как известно, отсутствовавшие у больных зимой 1941 г., когда преобладали чистые, неосложненные формы алиментарного истощения. В основном это были симптомы недостатка в организме витаминов А * B_2 комплекса. А-гиповитаминоз клинически у наших больных выявился гемералопией, увеличением слюнных желез, гиперкератозом, гнойным заболеванием кожи и подкожной клетчатки, бронхитами, гастритами, пиурией и гиперхром и ы м малокровием.

Остановимся подробнее на каждом из этих симптомов в отдельности.

Гемералопию мы отметили почти у всех больных.

Увеличение слюнных желез в основном касалось околоушной пары. Увеличение это носило явно ретенционный характер, было совершенно безболезненно, нарастало в период приема больными пищи и уменьшалось вне этих периодов. Значительно увеличенные околоешные слюнные железы придавали лицу больного монгольский тип (Истаманова). В 2 случаях наблюдалось увеличение подъязычных слюнных желез: увеличение подчелюстных слюнных желез не наблюдалось ни разу. В основе этого симптома лежит ороговение эпителия протоков слюнных желез и закупорка последних.

Г илеркератоз сказывался шелушением. Чаше шелушение было отрубевидным, реже — большими пластами. У 2 больных интенсивность гиперкератоза доходила до степени ихтиоза. Особенно большой интенсивности гиперкератоз достигал в области разгибательных поверхностей предплечья и голеней, носил в этих участках симметричный характер. В ряде случаев у больных образовались трещины и изъязвления на коже. Выраженный гиперкератоз наблюдался у 8% бальных.

Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки мы зарегистрировали в 20% случаев. Это чаще был фурункулез, реже — пиодермия, еще реже — абсцессы различной локализации, чаше других — панариций. Фурункулез при алиментарном истощении отличался особенно упорным и вялым течением. Отдельные фурункулы редко достигали значительной величины, были суховаты, имели сияеватую окраску, стержни их долго не отторгались. Характерно, что после выздоровления больного от алиментарного истощения вяло протекавший фурункул вдруг бурно «назревал», развивалась значительная воспалительная реакция, регионарные лимфатические узлы припухали а стержень быстро отторгался.

Симптомы бронхита наблюдались у 41,6% больных. Бронхит характеризовался диффузным распространением. Часто больные на кашель не жаловались, температура тела оставалась нормальной. По течению бронхит с первого дня наблюдения напоминал хронический.

Г а с т р и т ы носили характер гипоацидный. В их симптоматике преобладал болевой синдром (17% случаев), реже больной жаловался на те или другие диспептические симптомы (5,6% случаев).

Большое количество лейкоцитов в моче мы констатировали свыше чем у 50% больных. Выраженная пиурия встречалась значительно реже (в 6% случаев). Характерно, что только в одном случае эта пиурия сопровождалась дизурнческими явлениями.

Г яперхромное малокровие наблюдалось у 57% больных, У большинства было умеренно выраженное малокровие (от 3 до 4 млн. эритроцитов в 1 мм') н лишь в единичных случаях значительная анемизация (меньше 3 000 000 и даже 2 000 000 эритроцитов в 1 мм'[5]}. Малокровие это, как правило, протекало без повышения гемолиза; желтушной окраски кожи и слизистых мы ни разу не наблюдали.

Малокровие сравнительно быстро проходило под влиянием лечения железом и камполоном.

Связь всех перечисленных симптомов с недостатком в организме больного алиментарным истощением витамина А четко выявилась в процессе лечения. Уже в первую неделю пребывания больного на госпитальном пайке, в состав которого, как известно, входит до 40 г коровьего масла (в день), у больных отчетливо улучшалось сумеречное зрение, кожа становилась мягче. Боли в подложечной области и диспептические симптомы проходили скорее, если больной не находился аа щадящей диэте. Уже при повторном анализе мочи в осанке исчезало большое количество лейкоцитов. Относительным упорством отличались лишь симптомы бронхита, возможно, вследствие присоединения к дегенеративным изменениям альвеолярного эпителия воспалительных. Не подвергались обратному развитию также увеличенные околоушные слюнные железы.

Наблюдения над влиянием фактора А на развитие и течение гиперхромного малокровия проведены одним из авторов -настоящей статьи (Е. Т. Назаровой). Автор подверг гематологическому обследованию группу офицерского состава, получавшую в дополнительном пайке до 40 г (за сутки) коровьего масла, и группу сержантского состава, питавшегося по пайку, жировые ингредиенты которого в основном состояли из свиного сала и комбижира. При обследовании выявилось, что почти все лица сержантского состава страдали умеренным гиперхромным малокровием, колебавшимся от 3 до 4 млн. э о нт ооцитов в 1 мм^3. Перевод некоторых из этой группы на госпитальный паек, содержавший коровье масло, сравнительно быстро, в ряде случаев в недельный срок, выравнивал гематологические данные, и гиперхромное малокровие переставало определяться. Тот же эффект давало назначение препаратов витамина А (рыбьего жира и витаминола). Не-

достаток в организме больного алиментарным истощением фактора B_2 редко выявлялся в картине пеллагры с наличием всех так называемых трех Д (дерматита, диарреи, деменции). Чаще были изолированные изменения со стороны кожи (резкая пигментация участков ее в области кисти, шеи и стопы) или со стороны полости рта (характерный стоматит, глоссит и трещины в углах рта, проходившие под влиянием инъекции никотиновой кислоты), или, наконец, со стороны желудочно-кишечного тракта (упорные, не поддающиеся обычному лечению поносы, быстро прекращавшиеся после инъекции никотиновой кислоты). Выраженных случаев психозов у наших больных мы не замечали. Подобные стертые, невыраженные, случаи пеллагры Э. М. Гельштейн описал как «пеллагроид». Наблюдался пеллагроид у 1—2в/о наших больных.

Наличие гипо- и авитаминозов, как известно, отсутствовавших в неосложненных случаях алиментарного истощения в 1941 г., можно объяснить частотой дизентерии в анамнезе у наших больных, нередко предшествовавшей развитию алиментарного истощения. Усвоение витаминов, особенно каротинов, в этих условиях было, естественно, пониженным.

Возможно, что частота гило- и авитаминозов объясняется также и большими энергетическими затратами, которые, как правило, предшествовали развитию заболевания алиментарным истощением и явились основным этиологическим фактором. Известно, что при повышенном обмене веществ, в частности, при усиленной мышечной работе, потребность организма в витаминах значительно увеличивается. Наконец, следует напомнить, что в пожилом возрасте (а такие больные у нас преобладали), способность ретикуло-эндотелня клеток печени перерабатывать В-каротины пищи в витамин А понижена. Таким образом, пожилые люди для покрытия своей потребности в витамине А больше, чем молодежь, нуждаются в продуктах, содержащих достаточное количество витамина, тем более что жировые ингредиенты красноармейского пайка, обычно не содержали коровьего масла.

Третьей клинической особенностью алиментарного истощения этого времени явились изменения со стороны сердечно-сосудистой системы.

Как известно, кроме брадикардии для алиментарного (истощения характерны нормальные или даже несколько уменьшенные размеры относительной сердечной тупости.

Рентгенологически это' «капельное», вертикально расположенное сердце, едва касающееся диафрагмы. У значительной части наших больных, особенно в группе повторно болевших, определялось увеличение границ относительной сердечной тупости главным образом влево. Одновременно в этих случаях выслушивался систолический шумна верхушке. Тоны сердца были приглушены. Как правило, определялись симптомы недостаточности кровообращения, выражавшиеся небольшой одышкой, в покое мало беспокоившей больного (в подголовнике он редко нуждался), умеренным цианозом и увеличенной и болезненной печенью. В ряде случаев наблюдались небольшие отеки сердечного происхождения.

При госпитальном постельном режиме симптомы недостаточности кровообращения обычно быстро проходили, но были склонны рецидивировать.

Эти клинические наблюдения интересно сопоставить с секционными данными, по которым, кроме более или менее выраженных атрофических изменений сердечной мышцы, как правило, определялись и дистрофические. Выражались они в вакуолизации как самой протоплазмы. так и ядер волокон сердечной мышцы и в более угловатой форме я интенсивной окраске последних.

Определенные изменения происходили также в сосудистом тонусе. Так, вместо ожидаемой и типичной для алиментарного истощения гипотонии сравнительно у большого числа больных (47,9%) наблюдали нормальные и даже гипертонические цифры, как для максимального, так и для минимального артериального давления. Более того, в ряде случаев мы отмечали непосредственный переход низких или нормальных цифр артериального давления в повышенные по мере выздоровления больного. Больной алиментарным истощением на наших глазах подчас превращался в больного гипертонической болезнью.

Выводы

1. Основную массу больных алиментарным истощением осенью и зимой 1942 г. составили военнослужащие старших возрастов, перенесшие в прошлом различные тяжелые заболевания (в первую очередь алиментарное истощение и дизентерию в 1941 г.), астенической конституции, иначе говоря, группа физически неполноценных людей.
2. Основной причиной, вызвавшей так называемую вторую волну алиментарного истощения, явилось повышение энергетических затрат осенью и зимой 1942 г., которое вывело из равновесия эту неполноценную физически группу' бойцов, но не отразилось существенно на физически здоровых молодых военнослужащих.
3. Основными особенностями клинического течения алиментарного истощения этого периода явились: а) легкость течения, б) частота сопутствующих гипо- и авитаминозов, з) частота вторичных дистрофических изменений в сердечной мышце, г) частота случаев, протекавших при повышенном артериальном давления.

Подпотиовник мед. службы М. Г. МА'ТОЛ ИС

ЛЕЧЕНИЕ СЛЕЗСТЕЧЕНИЯ

Среди глазных больных больные со слезотечением, вызванным заболеванием слезоотводящих путей, составляют очень большой процент. По данным глазного отделения Владивостокского военно-морского госпиталя за 5 лет, больные с патологией слезоотводящего аппарата составляли 25,6% всего числа глазных больных. ‘

Для ряда военных и военно-морских профессий (летчики, плавсостав и др.) очень важны безукоризненное зрение, безупречный орган зрения, в частности, слезно-носовой аппарат. Поэтому диагностические и лечебные мероприятия в отношении этих заболеваний в практике военного офталмолога занимают большое место,

П. Е. Тихомиров совершенно обоснованно отмечает, что большинство практических офталмологов воспитано на том взгляде, что причиной слезотечения чаще всего является сужение слез но-носового канала. На самом же деле в подавляющем большинстве случаев слезотечение развивается в результате различных изменений в верхнем отделе слезных путей. Наши наблюдения подтверждают справедливость этого взгляда [1].

• Автор статьи не дает всестороннего разбора симптома слезотечения; например, в связи с заболеванием конъюнктивы придаточных и носовой полостей, вследствие больших яркостей и т. п. — Ред.

К заболеваниям верхнего отдела слезоотводящих путей относятся сужение и заращение нижней слезной точки и слезного канальца, выворот слезной точки.

Сужение нижней слезной точки и слезного канальца, а также заращение их развиваются в результате рубцовых изменений (травма, ожог), хронических конъюнктивитов, иногда это может быть и врожденным дефектом. Врожденные аномалии, по Кгаира, имеют различные варианты.

Во гмногих руководствах по глазным болезням (Одинцов, Ремер и др.) указано, что при сужении нижней слезной точки следует делать расщепление канальца. Сейчас очень мало сторонников этого способа, так как в результате такого вмешательства утрачивается присасывательная способность канальца. Правда, не все авторы придают важное значение слезным канальцам в механизме слезоотведения. На этот счет существует много теорий.

Мы считаем правильной точку зрения Ф. С. Бокштейна, который указывает, что главным фактором в механизме слезоотведения является насосообразное действие слезных канальцев при сжатии и расширении их просвета во время мигания. Сжатие же и расширение слезного мешка, действие сифона, а может быть и присасывающее действие носового дыхания играют второстепенную, вспомогательную роль. Поэтому нецелесообразно делать расщепление слезного канальца, а следует увеличить слезную точку хирургическим путем.

Операция заключается в иссечении лоскута из задней стенки слезного канальца. Существуют различные методы этой операции (ВазП Сгаемез и Ке1х, АхегйеЮ, Сергеев и др.). Ряд авторов (Сергеев, Коркашвилли, Тихомиров) получал хорошие результаты, применяя данную операцию.

Следует отметить оригинальную идею мобилизации верхнего слезного канальца при атрезии нижнего канальца, предложенную Похисовым. Он рекомендует в этих случаях делать на верхнем веке операцию, аналогичную операции при выворотe нижней слезной точки.

Если все предложенные меры не дают эффекта, применяются операции для уменьшения продукции слезной железы (экстирпация пальпебральной части железы, инъекция спирта по Таратину, облучение лучами Рентгена, электрокоагуляция).

Очень часто слезотечение вызывается выворотом нижней слезной точки. Причины выворота разнообразны: атония мышц века, хронические воспалительные • процессы, рубцы и т. д.

Ранее при выворотe нижней слезной точки, так же как и при сужении ее, делали расщепление канальца. Ряд авторов (НоИтап, 8скеИе1з, МеШпдег) рекомендует сочетать расщепление с вырезанием треугольного лоскута из стенки канальца или ограничиться только последним. Позже были предложены другие методы — вырезание части конъюнктивы нижнего века в области слезного канальца (ВаШег, В1азкоч1кз), прижигание ее (Тегзоп, Ло§з).

Лучшим хирургическим методом исправления выворота нижней слезной точки следует считать операции Тихомирова и Похисова, заключающиеся в вырезании на нижнем веке лоскута слизистой и подслизистой и частичном удалении хряща. Эти операции мы и применяли в нашей работе.

Операция Тихомирова. Под кожу нижнего века вводят 1,5—2 ом' 2% раствора новокаина с добавлением 5 капель 8о1. АбгепаПп1 I : 1 000. Для фиксирования века на край его накладывается два уздечных шва: один — кнаружи от слезной точки на 2—3 мм, второй— на середине века или немного кнаружи. Веко выворачивается на пластинке Егера. Со стороны слизистой выкраивается лоскут, имеющий форму ромба с полоской. Ромб располагается под нижней слезной

точкой. Наибольшая ширина ромба 5 мм. Часть ромба, направленная к виску, не замыкается, а переходит в полоску длиной 20—25 мм, шириной 2—2,5 мм, нижний край полоски отстоит от края века на 1 —1,5 мм. В области ромба вырезается только слизистая и подслизистая ткань, а <в области продольной полоски удаляется также хрящ. Первый шов накладывается в углах ромба горизонтально, остальные 3—4 шва накладываются в области края века. Швы снимаются через 3 дня.

Автор произвел эту операцию 44 больным на 56 глазах. Результаты были таковы: слезотечение прекратилось на 47 глазах, резко* уменьшилось на 2, уменьшилось на 4, не уменьшилось на 3. В 2 случаях через 3 месяца наблюдался рецидив. Больные находились под наблюдением свыше года.

Похиоов рекомендует вырезать лоскут в форме фигуры, состоящей как бы из двух треугольников. Один треугольник выкраивают под слезной точкой в 2 мм от края века, основанием в 3 мм, над ним выкраивают другой треугольник, имеющий направление по длине века; основанием этого треугольника служит продолжение внутренней стороны первого треугольника. Величина лоскута определяется степенью выворота. На стороны первого треугольника накладывают швы горизонтально, остальные швы накладывают вертикально. Швы снимают на 4—5-й день.

Автор произвел операцию 25 больным, из них в 5 случаях на обоих глазах, а в остальных на одном и не получил полного эффекта только в 2 случаях, вследствие технических погрешностей. Необходимы дальнейшие наблюдения для более широкой проверки методики операции. Эффект операций, по данным их авторов, в подавляющем количестве случаев хороший, стойкий, если только правильно были установлены показания и операция хорошо выполнена технически. Укорочения конъюнктивального свода обычно не наблюдается. Рецидивы иногда происходят потому, что рубец растягивается и выворот развивается вновь.

В период 1940—1944 гг. под нашим наблюдением находилось 480 больных, лечившихся в глазном отделении Владивостокского военно-морского госпиталя. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет — 26 человек, от 20 до 25 лет—276, от 25 до 30 лет— 121, свыше ЗОлет—57; по полу: мужчин—468, женщин—12. Следовательно, среди наших больных преобладали мужчины в возрасте 20—25 лет.

По характеру патологических изменений больные разделялись таким образом: патологические изменения верхнего отдела слезных путей—419 человек, дакриоциститы—46, непроходимость слезно-носового канала и отсутствие слезного мешка— 15. Наиболее частая причина слезотечения у наших больных (87%)—патологические изменения верхнего отдела слезных путей; на остальные причины приходится 13%.

Большинство больных до призыва на военную службу и затем до поступления в госпиталь лечилось амбулаторно. Лечение каплями производилось у 358 человек, зондирование — у >76, совсем не лечилось 46 человек. Безуспешность предшествовавшего консервативного лечения привела больных в госпиталь.

Поступавшие в госпиталь подвергались тщательному обследованию: собирался анамнез, при наружном осмотре определяли положение края нижнего века, нижней слезной точки, ее величину, проводили функциональные пробы до и после лечения (в части случаев), обязательно всем больным делали промывание слезно-носового канала физиологическим раствором. В ряде случаев (сужение слезно-носсвого канала, непроходимость его) проводили зондирование и рентгенографию. Рнинологическое обследование делали преимущественно при дакриоцисти-

те, в других случаях его предпринимали редко, только когда оно было Необходимо на основании анамнестических данных.

Мы уже указали, что наиболее многочисленной была группа больных с патологией верхнего отдела слезоотводящих путей (419 человек), характеризующейся следующими данными (табл. 1).

Таблица 1

Характер патологических изменений	На обоих глазах	На одном глазу	Всего
Выворот незначительной степени нижней слезной точки	99	12	111
Выворот незначительной степени нижней слез* ной точки л сужение ее	36	6	42
Выворот средней степени нижней слезной точки	131	14	145
Выворот средней степени нижней слезной точки и сужение ее •	35	2	37
Выворот средней степени нижней слезной точки на одном глазу и незначительной степени—иа другом	6	1	7
Выворот незначительной степени нижней слезной точки	29	2	31
Выворот значительной степени нижней слезной точки и сужение ее	3	—	3
Выворот значительной степени нижней слезной точки на одном глазу и средней степени—на другом	5		5
Выворот значительной степени нижней слезной точки на одном глазу и незначительной степени—на другом	1		1
Сужение нижней слезной точки	18	5	23
Непроходимость нижнего слезного канальца	5	5	10
Атрезия нижней слезной точки	1		О
Атония слезных путей	2		2
Итого	371	48	419

Большинство больных (406 человек), страдавших слезотечением вследствие патологических изменений верхнего отдела слезоотводящих путей, подверглось хирургическому лечению в госпитале. Методика операции, которой мы пользовались, описана выше. При операциях Тихомирова, Похисова швы снимали на 4—5-й день. Затем больного выписывали, и дальнейшее наблюдение осуществлялось амбулаторно. В большинстве случаев в послеоперационном периоде на глаз накладывали повязку; в части случаев ее не накладывали. После операции Гревса больного выписывали на следующий день, но он должен был явиться через 2—3 дня. При этом посещении края раны раздвигали зондом для предупреждения их сращения.

Выбирая методику оперативного вмешательства, мы руководствовались следующими соображениями; при сужении нижней слезной точки во всех случаях применяли операцию Гревса, при незначительном выворот — или операцию Гревса, или операции Тихомирова, Похисова; При выворот средней степени, а также (при -значительном выворот делали либо операции Тихомирова, Похисова, либо эти операции в сочетании с операцией Гревса.

Вначале мы применяли операцию Похисова, но в дальнейшем от нее отказались и стали применять операцию Тихомирова. Это вызывалось следующими соображениями: форма лоскута (ромб и продольная полоска), который предлагает вырезать Тихомиров при пр^виль-

ном определении его размеров, хорошо исправляет выворот. Кроме того, ромбовидная форма лоскута позволяет в ббльшей степени «армировать размеры его, в зависимости от степени выворота. Шов, накладываемый на вершины ромба, горизонтально укорачивает веко и тем самым -притягивает слезную точку к глазному яблоку. Операция Гревса как дополнительная операция усиливает действие операции Тихомирова, а потому -мы предпринимали ее не только тогда, когда выворот сочетался с сужением нижней слезной точки, но также и при выворотах средней и значительной степени.

Как уже говорилось, оперативному лечению подверглось 406 человек, Им сделана 631 операция на обоих глазах, 176 больным — на одном глазу. В случаях рецидивов больных в большинстве случаев оперировали повторно. Всего сделано 70 реопераций, из них первично-— 60, вторично — 8 и в третий раз — 2. Таким образом, всего сделана 701 операция. Данные об оперативном Вмешательстве -представлены в табл. 2.

Таблица 2

Характер оперативного вмешательства	Количество опера' ции	Количество реопераций	Количество вторичных реопераций	Количество реопераций, произведенных в третий раз	Общее количество операций
Операция Гревса	253	27		2	282
Операция Похисова	77	4	I	—	82
Операция Похисова в сочетании с операцией Гревса	2	—			2
Операция Тихомирова	66	17	3	—	86
Операция Тихомирова в сочетании с операцией Гревса	226	8	2		236
Операция Тихомирова и рассечение канальца	1	—	–	–	1
Операция Гревса и рассечение канальца	I			—	1
Удаление пальпебральной части слезной железы	5-	4	2		11
Итого . , .	631	60	8 '	2	701

Непосредственный благоприятный эффект после операции мы отметили в 616 случаях (97,6%); неблагоприятный — в 15случаях (2,4%); тосле операции Тихомирова — 3, после операции Похисова — 4, после операции Гревса — 3, после операции Тихомирова в сочетании с операцией Гревса — 4, после удаления пальпебральной части слезной железы — 1.

Из всего количества оперированных отдаленные благоприятные результаты наблюдались -в 164 случаях. Срок наблюдений — от 2 недель до года и более.

Длительность наблюдений над оперированными при различных оперативных вмешательствах показана в табл. 3.

Судить о частоте рецидивов после операций можно -по табл. 4.

Рецидивы развивались преимущественно © первые три -месяца после операции (55,2®/*), в 27% случаев -рецидивы наблюдались в период от 3 до 6 месяцев, в 14,8% — от 6 месяцев До года и в в%— после года.

Непроходимость нижнего слезного -канальца мы наблюдали у 10 человек; у 5 -из них была -непроходимость обоих слезных канальцев и у 5 — одного. В одном случае, где -непроходимость нижнего Слезного

Таблица 3

Наименование операции	Длительность наблюдений						
	от 2 недель до 1 месяца	от 1 до 2 месяцев	от 2 до 3 месяцев	от 3 до 6 месяцев	от 6 до 9 месяцев	от я месяцев до 1 года	свыше года
Операция Тихомирова	1	4	2	5	2	9	3
Операция Похисова		3	2	7	—	—	—
Операция Гревса	1	—	4	19	13	7	12
Операция Тихомирова в сочетании с операцией Гревса	2	12	11	4	9	15	17
Всего ...	4	19	19	85	24	31	32

Таблица 4

После какой операции наступил рецидив	Срок возникновения рецидива							
	от 2 недель до 1 месяца	от 1 до 2 месяцев	от 2 до 3 месяцев	от 3 до 6 месяцев	от 6 до 9 месяцев	от 9 месяцев до года	свыше года	
Операция Гревса								**15**
Операция Похисова								**12**
Операция Гревса	**1**							**15**
Операция Тихомирова в сочетании с операцией Гревса . . ■	2							**2!**
Операция удаления пальпебральной части слезной железы .	**3**							*4*
Всего		20	11	18	7	3	2	*61*

канальца -была в самом его начале, сделано рассечение. Эффект хороший. При непроходимости нижнего слезного канальца у входа в слезный мешок мыв 2 случаях сделали операцию Гревса на верхнем слезном канальце. Непосредственный результат операции был положительный, но в одном случае вскоре наступил рецидив. Тогда дополнительно сделали операцию Похисова. Результат благоприятный. В остальных случаях непроходимости нижних слезных канальцев мы удаляли пальпебральную часть слезной железы. Во всех случаях эффект оказался кратковременным.

Анализируя причины рецидивов (67 случаев), мы можем отметить, что в 15 случаях после операции Гревса развитие выворота прогрессировало и, в конце концов, результаты оперативного вмешательства оказывались недостаточными; в 48 случаях рецидивы возникли, повиди-мому, вследствие растяжения рубца. 'Можно допустить, что растяжению рубца способствовало то обстоятельство, что при иссечении лоскута слизистой параллельно краю века не всегда вырезалась достаточ-

ной толщины полоска хряща. В остальных 4 случаях рецидивы слезотечения развились после удаления пальпебральной части слезной же-, лезы.

Таким образом, на 6.7 случаев рецидивов сделано 60 реопераций, в 49 случаях с положительным результатом. В 7 случаях рецидивов повторных операций не произведено, В 11 случаях после реопераци вскоре снова ‘наступил рецидив (в это число входят и рецидивы слезотечения (после удаления пальпебральной части слезной железы). Отсутствие эффекта при длительных наблюдениях мы отметили в 7,7%.

Если взять показателем Окончательного результата наших оперативных вмешательств (400 'случаев при непосредственном и 231 —при длительном наблюдении) 33 неблагоприятных исхода (15— при непосредственном и 18—-при длительном наблюдении), то неблагоприятные результаты составят 5,2%.

Наши наблюдения касаются главным образом больных, оперированных это поводу выворота нижней слезной точки. На основании этих данных мы считаем оперативное вмешательство при’вывороте нижней слезней точки весьма эффективно, если оно выполнено технически хорошо. Дело в том, что, несмотря на простоту техники этих операций, их следует в каждом случае вариировать. Большое значение для успеха имеет ширина и длина лоскута конъюнктивы и хряща, вырезаемого параллельно краю века, а также размеры ромбовидного лоскута. В основном это определяется степенью выворота, но нужно учитывать также и мышечный тонус век.

После операции по поводу выворота нижней слезной точки слезотечение может заметно уменьшиться, если даже выворот полностью не исправлен, а только значительно’ уменьшен. В дальнейшем, если выпорот прогрессирует, возобновляется и слезотечение.

Неблагоприятные непосредственные результаты операций являются следствием допущенных технических погрешностей.

Майор мед. службы М. С. МАКОХА

ОСТРЫЙ личиночный конъюнктивит

В условиях ‘монгольского климата в летне-осенний период среди личного состава наблюдались заболевания острым личиночным конъюнктивитом. Так, за август и первую половину сентября (в Н-ский МСБ обратилось 8 человек с жалобами на внезапное заболевание глаз (преимущественно одного).

При тщательном осмотре на поверхности глаза удалось обнаружить ■мельчайших личинок, едва заметных для невооруженного глаза. Во всех случаях личинки располагались на открытой части глаза '(где имеется свободный доступ воздуха) вокруг роговой оболочки ‘В виде лучистой ареолы в количестве до 35—40 экземпляров.

Эти личинки откладываются «Восточной» мушкой одномоментно (когда она ударяется о поверхность глаза). По своим размерам мушка значительно меньше домашней мухи, больше комара и ‘мошек и отличается от них большей подвижностью. Поэтому, попадая на слизистую оболочку глаза человека -или животных, «Восточная» мушка почти никогда не погибает н после отложения личинок быстро улетает. Отложенные на конъюнктиву глаза личинки очень активны, стараются внедриться в слизистую оболочку.

Подвижность личинок клинически проявляется сильными болями в глазу и ощущением «песка», вызывая обильное слезотечение. В первые

3—4 часа наступают умеренный отек конъюнктивы и резкая гиперемия ее сосудов, через сутки и 'более образуются краевые язвы роговой оболочки с вытекающими отсюда последствиями.

У больных жалобы однородны: «попала мушка 'в глаз»; в подобных случаях врачу или фельдшеру нужно искать не мушку, а ее личинок.

Обнаружив личинок, необходимо тотчас приступить к оказанию больному помощи. Она проста, но требует внимания, осторожности и асептики. В пострадавший глаз впускают 2—3 капли 3—5°/« раствора кокаина. Как известно, это анестезирующее средство быстро всасывается слизистыми оболочками, обезболивая их.

Раствор кокаина легко проникает через нестойкую оболочку личинок, довольно быстро парализует 'чувствительность и обездвиживает потомство паразитов, превращая их из активных в пассивные инородные тела, которые можно легко удалить зондом с намотанной на конце его ваткой; ватку предварительно омачивают раствором кокаина или же 3п/о раствором борной кислоты. После этого в глаз впускают 2 капли 3% раствора колларгола (как дезинфицирующее). Через сутки глаз необходимо осмотреть, так как в складках конъюнктивы 1—2 личинки могут остаться незамеченными. Их удаляют уже без анестезии.

При отсутствии кокаина можно пользоваться аналогичным разведением' новокаина, но к нему личинки менее чувствительны.

Условия для развития личинок на слизистой глаза, невидимому, являются благоприятными, так как у лиц, обращавшихся за медицинской помощью на 2—3-й день после Попадания й глаз «Восточной» мушки, удавалось констатировать их рост. Как правило, у пострадавших наблюдались явления краевого язвенного 'кератита, по поводу которого их приходилось госпитализировать.

Личинки обычной домашней мухи, откладываемые ею на раненных поверхностях или на загрязненных слизистых оболочках человека и животных, совершенно другого рода: более крупны, менее подвижны и не так стойко удерживаются на слизистых оболочках.

Во избежание осложнений лечащий врач и сам больной должны серьезно относиться к этому заболеванию.

В тех случаях, когда нет под рукой необходимых медикаментов и инструментов, следует забинтовать пораженный глаз и направить больного в лечебное учреждение (чем раньше, тем лучше).

Майор мед. службы И. П. ТАТАРИНОВ

к ВОПРОСУ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА НА АЭРОДРОМЕ

Пункт «медицинской помощи аэродрома (ПМА) является основным рабочим «местом старшего врача авиационного полка. Объем работы для него точно определен: помощь больным и раненым, наблюдение и изучение летного состава в период выполнения летных заданий. Для выполнения указанных задач необходима обстановка, способствующая интимности беседы врача с летным составом.

В годы Великой отечественной войны в нашей армии ПМА в летнее время в большинстве случаев развертывался в палатках на аэродромах, зимой — обычно в прилегающих к аэродрому домах населенного пункта, реже — в землянках.

Палатка не изолировала летчика и врача от окружающих и поэтому беседы между ними часто были недостаточно откровенны. Это препятствовало получению необходимых сведений.

Организация ПМА в землянках себя не оправдала, так как при наступательных операциях их не успевали строить. Кроме того, в землянках всегда сыро и темно, и летчики неохотно приходят туда. Поэтому уже с осени 1944 г. от строительства землянок наши части отказались и для П'МА отводили помещения в домах вблизи аэродромов. К сожалению, случайные помещения в большинстве не отвечали медицинским требованиям и часто находились далеко от аэродромов (до 1,5 км). Таким образом, врач на аэродроме не имел рабочего места.

Организация ПМА совместно с амбулаторией БАО тоже неприемлема. Обычно эти амбулатории отстояли от аэродромов еще дальше, кроме того, старший врач авиационного полка в обстановке амбулаторной толкотни не может создать нужные условия для интимной беседы с летчиком и поэтому беседа не достигает цели, не помогает выявлению особенностей личности летчика.

Все это заставляло искать новые пути в организации П'МА с тем, чтобы создать старшему врачу авиационного полка рабочее место, допускающее тесное соприкосновение с экипажами. 'Мы пришли к вы ■воду, что наиболее удобным будет ПМА на колесах.

Нами разработана схема ПМА — автоприцеп. Кузов рекомендуем строить из легкого лесоматериала с двойной обшивкой и прокладкой для отопления. Такой П'МА будет пригоден как летом, так и зимой, Место стоянки всегда легко маскировать, поэтому такой пункт можно выбрать в соответствии с условиями полетов. Окрашенный внутри светлой краской, он будет иметь уютный вид и отвечать всем требованиям как военного, так и мирного времени. Для этой цели мы использовали кузов фотолаборатории (рис. 1 и 2).

Оборудование ПМА простое: операционный стол, рабочий стол старшего врача полка, два стула, ящик с необходимым медицинским имуществом, умывальник и печка (рис. 3 и 4).

Для санитарно-хозяйственного имущества устраиваются две кладовые в тамбуве.

Такой ПМА вполне рентабелен и удобен:

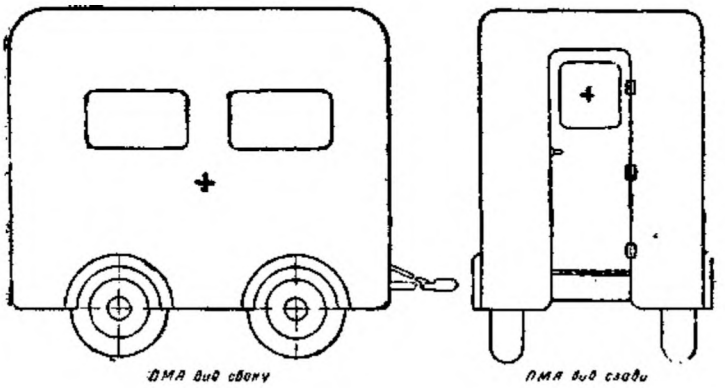


Рис. 1 Рис. 2

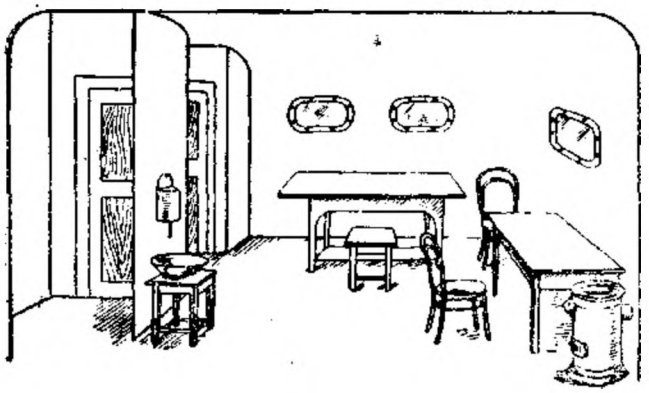
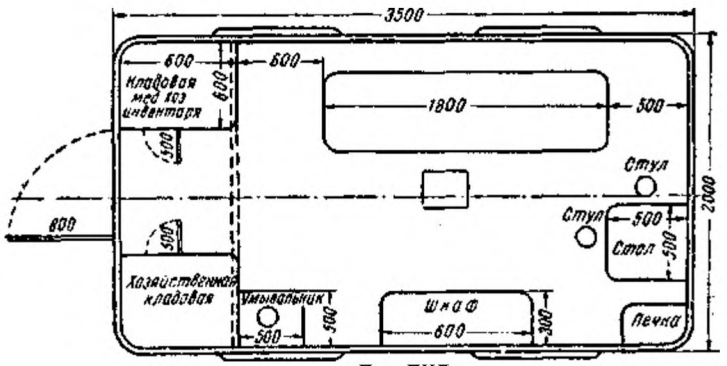


Рис. 3



План ПИЛ

Рис. 4

ПЕРЕЛОМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЧНОГО СОСТАВА АВИАЦИИ

Переломы костей конечностей, точнее переломы трубчатых костей конечностей, являются травмой, характерной для летно-технического состава авиации.

За период, .охватывающий часть 1943 и 1944 гг., в нашем госпитале лечилось с переломами костей конечностей 124 человека, из них с огнестрельными переломами — 61, с закрытыми — 56 и открытыми — 7. Большинство больных и раненых закончило лечение у нас же.

Огнестрельные переломы

В группу раненых с огнестрельными переломами входит 61 человек: летчиков — 24, штурманов — 8, стрелков-радистов и воздушных стрелков—16, технического состава — 8 и прочих офицеров — 5.

6 человек имели переломы плеча, 7 — предплечья, 6 — кисти, 13 — пальцев рук, 3 — бедра, 15 — голени, 8 — стопы и 3 — переломы пальцев ног. При переломах предплечья обе кости были сломаны в 2 случаях, лучевая — в 2 и локтезая — в 3. При переломах голени переломы обеих костей имело 6 раненых, переломы одной большеберцовой кости — также 6 и переломы одной малоберцовой кости — 3. Таким образом, на верхние конечности приходится 32 и на нижние — 29 случаев переломов. В 23 случаях были повреждены правые конечности и в 38 — левые.

По локализации: переломы диафизов были у 31 раненого, проксимальных эпифизов — у 13, дистальных эпифизов — у 11 и множественные переломы на протяжении кости — у одного. По характеру переломов: поперечные наблюдались в одном случае, косые — в 2, оскольчатые— в 34, дырчатые — в 3, краевые — в 6, с дефектом кости — в 4, травматическая ампутация — в 11.

Полные переломы отмечены у 52 раненых и неполные — у 9. Из 45 раненых (мы исключаем лиц с травматическими ампутациями, произведенными на ближайших этапах по жизненным показаниям) у 27 имелось небольшое боковое смещение отломков, у 7 — угловое, у 2 — смещение по длине и у 7 смещения отломков не было. Сколько-нибудь значительных смещений отломков мы не наблюдали.

В 5 случаях огнестрельному перелому сопутствовали полные разрывы нервов, в 3 — частичные разрывы нервов, в 7 — ранения крупных сосудов, в 4 — ожоги, в 5 — переломы других костей, в 4 — коммоционно-контузионный синдром и в 34 — ранения других областей. Шок отмечен у 5 раненых.

Только из простого перечня сопутствующих повреждений становится ясно, что ранения были тяжелыми. У 61 раненого было поставлено 176 диагнозов, не считая осложнений, т. е. почти 3 диагноза на раненого.

38 человек получили ранения в воздухе и 23 — на земле. У 21 человека ранения были одиночными и у 40—множественными.

По роду оружия ранения распределялись так: пулевых было 20, зенитно-осколочных — 18, авиапушечных—14, миннооскoлочных — одно, осколками артиллерийских снарядов — одно, осколками гранат— 5 и осколками бомб — 2.

В группе летного состава (48 человек) эти отношения иныег 18 имели зенитноосколочные ранения, 14 — авиапушечные, 12 — пулевые, 2 человека были ранены осколками авиабомб и 2 — осколками? гранат.

В группе летного состава (в том числе 11 летчиков) переломы плеча встретились у 5 человек, предплечья — у 5, кисти — у 5, пальцее рук —у 9, переломы бедра — у -3, голени —у 12, стопы — у 7 и пальцев ног — у 2. Таким образом, половина раненых в группе летного состава имела очень тяжелые ранения плеча, предплечья, бедра и голени. Часть раненых совершила прыжок с парашютом, а часть посадила самолеты на свой или ближайший аэродром.

У нас лежал лейтенант Б-ц, раненный зенитным снарядом в ногу. Имея перелом бедра с повреждением подколенной артерии, он привел и посадил самолет ИЛ-2 на свой аэродром. Летчик В-в получил зенитноосколочное ранение левого плеча с дефектами кости; несмотря на это, он привел самолет По-2 на свой аэродром и посадил его без поломки. У летчика К-ва оторвало зенитным снарядом ногу на уровне средней трети правой голени, но он все же привел и посадил истребитель на свой аэродром.

Такие примеры не единичны. Они свидетельствуют о мужестве летчиков и вносят коррективы в наши представления о компенсаторны! возможностях организма.

Несколько слов о лебечно-эвакуационной характеристике раненых. Прежде всего о сроках поступления в госпиталь. В первые 12 часов после ранения в госпиталь поступило 12 человек, в сроки от 12 до 24 часов — 6, от 24 до 48 часов— 10, от 48 до 72 часов — б, от 4 до 10 дней — 7, от 11 до 20 дней—11 и свыше 20 дней — 9. Сроки поступления в значительной мере определялись транспортабельностью раненых и расстоянием от госпиталя. Часть раненых пришлось длительное время разыскивать по 'МСБ и ППГ, что сказывалось иг сроках.

Непосредственно в госпиталь поступил один раненый, 1 этап эвакуации прошло 36 раненых, 2 этапа — 11, 3 этапа — 7, 4 и более этапов — 6. Таким образом, многоэтапное™ не было, несмотря на особенности боевой работы авиации (вдали от своих баз, в тылу противника и т. п.). Наши раненые прошли следующие этапы: лазареты частей — 42 человека, ПМП — 2, МСБ — 7, ППГ — 18, ЭГ — 23. СЭГ — 9 В плену у противника было 2 человека.

Основная масса раненых (42 человека) прошла через руки врачей частей, что очень важно иметь в виду при оценке медицинской помощь на этапах.

Длительность пребывания на этапах эвакуации.- в лазаретах чаете?, раненые находились от нескольких часов до 20 дней, в среднем 2,4 дня. в ПМП — часы; в 'МСБ — до одних суток; в ППГ—от одного до 19 дней, в среднем 5,7 дня; в ЭГ — от одного до 43 дней, в среднем 10,8 дня: в СЭГ — ст одного до 12 дней.

Длительность пребывания на других этапах объяснялась исключительно состоянием раненых. Лечебные мероприятия на этапах эвакуации заключались в следующем: введение сыворотки . (46 человек), противошоковые мероприятия (2 человека), первичная обработка ран (22 человека), первичные ампутации (8 человек), экзартикуляпив (1 человек), транспортная иммобилизация (19 человек), гипсовые повязки (11 человек), наложение жгута (2 человека), переливание -крови (4 человека). Как видно из этого, лечебная помощь на этапах эвакуации была недостаточной: только 3/«. раненых получили профилактические инъекции сывороток и только '/а была шинирована (учитывая суммарно транспортную иммобилизацию и гипсовые повязки).

Переливание крови производилось исключительно -в лечебных учреждениях фронта. В лазаретах переливания крови или кровозамещающих жидкостей не было сделано ни в одном случае. Следует отметить, что указанные выше дефекты лечебной помощи относятся исключительно к лазаретам частей. Вследствие этого 8 раненых поступил к

в госпиталь с уже развившимися осложнениями: вторичный шок был у 3 раненых, газовая гангрена — у одного, гнойный артрит — у одного я остеомиэлит — у 3.

В оказании раненым лечебной помощи в лазаретах мы наблюдали две крайности: 1) излишнюю поспешность в эвакуировании раненых (раненым не вводили сывороток, не накладывали шин, не принимали мер нротиз шока) и 2) излишнее благодушие и медлительность, когда раненых, без достаточных оснований, не обработанных пли плохо обработанных, задерживали в лазаретах на недопустимо длительные сроки.

Объем хирургической помощи на этапах эвакуации, ее полноценность, а также сроки поступления в значительной мере определяли лечебную помощь раненым и в госпитале.

В госпитале этой группе раненых произведено: профилактическое введение сывороток — в . 15 случаях, противошоковые мероприятия — в 3, первичная обработка ран — в 16, вторичная обработка ран— в 10, ампутации — в 2, экзартикуляции (пальцев) — в 2, репозиция отломков — в 3, удаление осколков — в 8, наложение скелетного вытяжения— в одном, наложение гипсовых повязок—в 24, вторичные швы— в 3, пересадка кожи — в 3, иссечение рубцов—в одном.

Хирургические операции в госпитале сделаны 47 раненым.

Так как на предыдущих этапах раны были хирургически обработаны у 31 человека, хирургическую активность в нашем госпитале следует признать достаточной.

Лечение огнестрельных переломов мы проводили по общим правилам военно-полевой хирургии, принятым на нашем фронте. При переломах плеча, предплечья, бедра и голени накладывали глухую гипсовую повязку на срок до 2 месяцев, а иногда и дольше, в зависимости от хода регенеративных процессов в кости и сопутствующих осложнений. Исключения и то временного характера, допускались по особым показаниям — газовая инфекция, комбинации переломов с ожогами я т. д. При лечении ранений кисти и стопы мы пользовались съемными гипсовыми лонгетами, допускающими производство перевязок, применение физиотерапии и позволяющими рано начинать лечебную гимнастику. При переломах пальцев рук для фиксации пользовались шинами Белера и Бирина. Как только наступала достаточная консолидация перелома, гипс снимали и начинали лечение физиотерапией и лечебной физкультурой. При наличии незажившей раны параллельно продолжалось хирургическое лечение ее. При тутоподвижности суставов у нас широко и с упехом применяли парафинотерапию, а для кисти и пальцев — горячие ванночки.

Осложнения развились в госпитале у 11 человек: газовая гангрена— в одном случае, остеомиэлиты— в 2, вторичное кровотечение — в одном, раневой сепсис — в 2, флегмоны ч гнойные затеки — в 3, гнойные артриты — в одном, невриты и невралгии — в одном. Преобладали инфекционные осложнения; таких раненых лечили по общим правилам гнойной хирургии.

Средние сроки лечения раненых до определения исхода, включая я пребывание на предыдущих этапах эвакуации, были следующими: яри переломах плеча — 127,7 дня, предплечья — 114,7, кисти — 45,2, пальцев — 64,6, при переломах бедра — 135,5, голени — 109, стопы — 88,6 и пальцев — 45,7. По поводу сроков лечения следует заметить, что мы добивались не просто клинического выздоровления, а возможно полного восстановления трудоспособности и боеспособности раненого с тем, чтобы после выхода из госпиталя он сразу же мог приступить к боевой работе. Таковы были указания командования и санитарных начальников. Так, при переломах плеча и предплечья мы выписывали раненого только после того, как он 'мог 6 раз подтянуться на руках до уровня подбородка, т. е, сдать норму на значок ГТО I ступени. Это

задерживало пребывание раненых в госпитале, но ускоряло введение их в строй.

Исходы у наших раненых представлены так: полное восстановление функции конечностей — 26 случаев, ограничение подвижности суставов — 9, анкилозы суставов — 3, парезы конечностей — один, остеомиэлиты со свищами — один, отсутствие конечности или части ее—16, смерть — 2.

Из 16 раненых, лишившихся конечности или части ее, 8 человек потеряли пальцы рук и 2 — пальцы ног, у 3 было ампутировано плечо, у одного предплечье, у одного — бедро и у одного — голень.

Причины смерти 2 раненых: 1) летчик Б-ц, получивший слепое зенитноосколочное ранение нижней трети бедра с повреждением подколенной артерии, у.мер от шока и кровопотери. Раненому плохо наложили жгут, и при транспортировке он потерял много крови; 2) воздушный стрелок Ш-о, получивший множественные слепые осколочные ранения правой голени и стопы с раздроблением костей стопы, умер на 12-й день от анаэробной инфекции.

Не определился исход у3 человек: один раненый с переломом средней трети плеча и повреждением лучевого нерва эвакуирован после заживления ран и консолидации перелома в нейрохирургический госпиталь, двое раненых —один с переломом нижней трети голени и второй с повреждением стопы — переведены в другой госпиталь в связи с передислокацией части на другой фронт.

У 39 человек после окончания лечения произведены контрольные рентгенограммы. При этом оказалось, что в 3 случаях стояние отломков было идеальное, в 22—хорошее и в 14 — удовлетворительное. Веретенообразная костная мозоль была у 2 раненых, муфтообразная — у 22, односторонняя — у 15, мощная мозоль была у 18 раненых и недостаточно выраженная — у 21.

Закончило лечение и прошло освидетельствование во врачебно-летной комиссии 56 человек (43 человека летного и 13 — технического состава). Из 43 лиц летных профессий 30 признаны годными к летной службе без ограничений, 4 — ограниченно годными (гр. IV приказа № 2 ГВСУ) в нескоростную и невысотную авиацию. 6 — ограниченно годными к наземной службе (1-й и 2-й степени) и 3 признаны негодными к службе в армии. Таким образом, по группе летного состава возвращено в строй годными к продолжению летной работы 34 человека, а всего годными к службе в армии — 40.

Из 13 человек наземного состава 11 признаны годными к доенной службе- без ограничений, один—ограниченно годным и один — негодным к службе в армии.

Причинами негодности и ограничения годности у 10 человек являлись ампутации и экзартикуляции (в тем числе отсутствие пальцев — у 4 человек), у одного—анкилозы крупных суставов, у 2 — тугоподвнжность больших суставов, у одного—параличи н парезы и у одного—вегетативно-сосудистые расстройства.

Выводы

1. Огнестрельные переломы костей конечностей у личного состава фронтовой авиации встречались одинаково часто с переломами от другой травмы. Около половины раненых имели переломы костей.

2. Переломы верхних и нижних конечностей встречались одинаково часто, причем на верхних конечностях чаще поражались кисть и пальцы, а на нижних — голень. В /з случаев были ранены правые и в $2/_3$.— левые конечности. Почти у половины раненых переломы локализовались в области диафизов.

3. У 61 раненого было 176 диагнозов, т. е. каждый раненый имел в среднем 3 травмы. У * раненых были множественные ранения.

4. В основном ранения получены в воздухе.

5. Преобладали пулевые ранения, затем шли зенитноосколочные и звиапушечные (наш материал относится к 1943—1944 гг. В первый период войны процентные отношения были иными).

6. В госпиталь раненые доставлялись быстро — в первые 3 суток поступило больше половины. Многоэтапность отмечена как исключение.

7. Свыше 2/з раненых прошли лазареты частей. Там они задерживались до 20 суток при ранении пальцев и до 13 суток — при ранении голени.

8. Лечебная помощь на этапах эвакуации была недостаточной. Эти дефекты относятся исключительно к лазаретам частей.

9. Лечение в госпитале проводилось по общим правилам военно-толевой хирургии.

10. У % части раненых в госпитале возникли осложнения, главным образом инфекционного характера. *

11. Сроки лечения определялись возможно полным восстановлением боеспособности и трудоспособности, так как раненые выписывались тепосредственно в части на боевую работу.

12. Умерло 2 раненых. Причины смерти: в одном случае шок и тровопотеря, а в другом — анаэробная инфекция.

13. Из лиц летного состава возвращено в строй на летную работу 79,1%, а всего признано годными к 'Военной службе 93.1%. Из наземного состава было оставлено на военной службе 92,3%. Высокий процент оставления на военной службе объясняется тем, что контингент наших раненых — преимущественно офицеры. Даже при существенных нарушениях функций конечности офицеры могли с успехом работать в тылу армии — в штабах, БАО, в качестве радионаводчиков т т. п.

14. Основными причинами негодности и ограничений годности являлись непоправимые разрушения при ранении, потребовавшие ампутации конечности или пальцев, а также связанные с ранениями нарушения функции крупных суставов при повреждении эпифизов костей.

Закрытые и открытые переломы

В эту группу входят 63 больных с закрытыми и 7 — с открытыми переломами костей конечностей. 12 человек имели переломы плеча (в том числе один — открытый), 16 — переломы предплечья (в том числе >2 открытых), прэгчем перелом обеих костей был в 7 случаях, локтевой кости—в 5 и лучевой—в 4; 3 человека—переломы костей кисти Гв том числе один открытый); один человек имел переломы .пальпев эмки; 10 человек — переломы бедра (в том числе один открытый), 17 — переломы голени (в том числе один открытый), причем перелом обеих костей встретился в 4 случаях, больше берцовой кости в 7 и малоберцовой в 5 случаях (из них 9 переломов падает на лодыжки); 4 человека — переломы костей стопы. На верхние конечности приходится 32 случая повреждений и на нижние — 31.

По составу больные распределялись следующим образом: летчи-<ов — 28, штурманов — 6, воздушных стрелков и стрелков-радистов—5, гехсостава — 20 и прочих — 3.

. 20 человек имели переломы правых конечностей; 41 —левых и эдин — двусторонний перелом. По локализации: переломы диафизов были у 39 человек, проксимальных эпифизов — у 5, дистальных эпиЪизов — у 18 и множественные переломы одной кости — у одного.

По характеру переломов: поперечные — в 26 случаях, косые — в 17, оскольчатые— в 16, вколоченные — в 4. Внутрисуставные переломы были у 10 человек. Боковое смешение отломков отмечено в 31 случае, угловое — в 7, подлине — в 12, смещения отломков не было в 13 случаях.

Повреждениям костей сопутствовали разрывы нервов (один случай), ушибы и растяжения нервов (4 случая), вывихи суставов (5 случаев), ожоги (3 случая), ранения (12 случаев), переломы других костей (16 случаев), коммоционно-контузионный синдром (II случаев), разрывы сосудов (один случай),

.7 пострадавших поступили в госпиталь в первые 12 часов после получения травмы, 4 — в сроки от 12 до 24 часов, 7 — от 1 до 2 суток, 6 — от 2 до 3 суток, 6 — от 4 до 10 суток, 6 — от II до 20 суток и 16 — позже 20 суток. В первые трое суток поступило 24 человека. 'Причины задержки больных на этапах эвакуации — лечебные мероприятия (скелетное вытяжение, наложение гипсовых повязок и т. и.).

Непосредственно в госпиталь после травмы поступило 3 человека, 32 человека прошло 1 этап эвакуации, 20 — 2 этапа, 3 — 3 этапа и 4 — 4 этапа и больше. Лазарет части прошло 45 человек, ПМП — 2, МСБ— 6, ППГ — 13, ЭГ— 18, СЭГ — 7; в плену было 4 человека.

Около 3/« 'больных прошли через лазареты частей, где им была оказана первая врачебная помощь.

Длительность пребывания на этапах эвакуации определяется следующими сроками: лазареты частей — от нескольких часов до 25 дней, в среднем 4,5 дня; ПМП — от нескольких часов до одного дня, 'МСБ — от нескольких часов до 2 дней, ППГ — от нескольких часов до 16 дней, ЭГ — от 2 до 158 дней, в среднем 45,4 дня; СЭГ — от 3 до 10 дней.

Как и при огнестрельных переломах, обращает внимание длительность пребывания больных в лазаретах: больные с переломами плеча задерживались там до 20 дней, предплечья — До 16 дней и голени — до 25 дней. Это не оправдывалось ни состоянием больных, ни лечебными возможностями лазаретов и значительно затрудняло репозицию перелома в госпитале. У части больных переломы не были распознаны, трактовались как ушибы, дисторзии и т. п. и соответствующим образом лечились.

Лечебная помощь на этапах эвакуации: ‘противостолбнячная сыворотка— 7 из 22 нуждавшихся; противошоковые мероприятия — в 3 случаях, транспортная иммобилизация — в 23, гипсовые повязки — в 22, репозиция отломков — в 10, скелетное вытяжение — в 4, ампутация — в одном. Хирургическая обработка сопутствующих ранений произведена в 6 случаях.

Дефекты предыдущих этапов эвакуации в основном остаются теми же: профилактическое введение сывороток произведено только ’/з нуждающихся, а иммобилизация — менее чем ’/д больных; перелом не был установлен в 4 случаях, в одном случае открытого перелома голени рана была зашита без хирургической обработки.

Все эти дефекты относятся исключительно к лазаретам частей. Из дефектов других лечебных учреждений следует отметить неудовлетворительную репозицию отломков в 7 случаях. Если бы больные остались в этих повязках, возможны были анатомически и функционально неудовлетворительные исходы, вплоть до отсутствия консолидации перело•мов. В 3 случаях перелома бедра* необоснованно отказались от скелетного вытяжения, лечение велось ® гипсовой повязке. Результат оказался неудовлетворительным, конечность укоротилась, консолидация отломков произошла боковыми поверхностями. На этапах эвакуации развились следующие осложнения: неподвижность локтевого сустава при переломе плеча, вследствие длительной фиксации конечности, тугопэдвижность суставов в 4 случаях и остеомиэлит — в 2 случаях открытых переломов.

В госпитале мы придерживались общеизвестного принципа — наилучший анатомический исход дает лучшие функциональные результаты. Поэтому во всех случаях переломов со смещениями отломков производились репозиции, иногда повторно.

При переломах верхних конечностей репозиция производилась ручной тягой с последующей фиксацией гипсом. При переломе бедра применялось скелетное вытяжение на срок до 30 дней и затем накладывался гипс.

Переломы голеней с большим смещением лечили скелетным вытяжением; при умеренных смещениях часто и с успехом применялось одномоментное вытяжение винтовой тягой на столе Юдина с последующей фиксацией конечности гипсовой.повязкой. Во всех случаях репозиции после наложения гипса производились контрольные рентгенограммы. Если репозиция не удавалась, гипс снимали и репозицйю повторяли. Понятно, репонирование делали под хорошей местной (в перелом вводили 2%/о раствор новокаина) или под спинномозговой анестезией. Через 5—7 дней после наложения гипса производили повторную контрольную рентгенографию. Если стояние отломков не ухудшалось, больного оставляли в гипсе при переломах плеча от 45 до 60 дней, обеих костей предплечья — до 60 дней, одной из костей предплечья— до 30 дней и при переломах голени — от 45 до 60 дней. В среднем эти сроки фиксации являлись достаточными, но в отдельных случаях замедленной консолидации гипс накладывали вновь. После снятия гипса консолидация перелома определялась не только клинически, но и рентгенологически.

25 больным в госпитале сделана репозиция отломков, 6 наложено скелетное вытяжение, 43 — гипсовые повязки; в 4 случаях сделано кровавое вправление ртломков после повторных неудачных репозиций; у 5 человек обработаны раны сопутствующих ранений, у 2 вскрыты нагноившиеся гематомы и одному наложен вторичный шов.

Из этого перечня видно, что при лечении переломов мы были достаточно активны, шли на кровавое вправление в случае безуспешности повторных попыток получить желательное стояние отломков и не раскаивались в этом.

В госпитале у 2 человек развилось нагноение гематом, у 2 — невриты и невралгии, у 2 — остеомиэлиты открытых переломов и у одного— остеомнэлит повторного перелома плеча. Повторный перелом произошел из-за неосторожности больного, демонстрировавшего на шведской стенке свои успехи товарищу в тот период лечения, когда он мог подтягиваться на руках до 4 раз.

При лечении переломов мы широко применяли в возможно ранние сроки физические методы лечения, главным образом апликации парафина, горячие ванны и лечебную гимнастику.

Сроки лечения закрытых переломов до полного восстановления бое- и трудоспособности характеризуются следующими цифрами: переломы плеча — 109,9 дня, поедплечья — 80,3, кисти — 45,5, пальцев — 65, бедра—177, голени — 79,3 и стопы —55 дней. Сроки лечения открытых переломов, не осложненных инфекцией, приближались к срокам лечения закрытых. Осложненные инфекцией переломы потребовали в 2—3 раза больших сроков лечения при условии ранних вмешательств по поводу остеом излитое. Максимальный срок лечения равнялся 261 дню (случай открытого перелома голени, причем больной перенес сепсис и остеомиелит). После окончания лечения рентгенография показала следующую картину: идеальное стояние отломков — у 11 больных, хорошее — у 31, удовлетворительное — у II и неудовлетворительное — у 8. 'Мощная костная мозоль была у 38 человек, недостаточно выраженная — у 21 и костная мозоль отсутствовала у 2. Вепетенообразная мозоль встретилась в 5 случаях, муфтообразная — в 32 н односторонняя — в 22.

В результате лечения у 44 больных полностью восстановилась функция, у 7 человек осталось умеренное ограничение подвижности суставов, у 4 произошло укорочение конечности до 4 см, у 4 развился остео-

миэлит со свищами (без нарушения функции); ложные суставы образовались у 2 человек. Ампутация конечности сделана одному больному с открыть™ переломом. В одном случае исход не определился. Смертельных исходов не было.

У 2 больных получились псевдартрозы — при переломе плеча в средней трети и при переломе обеих костей предплечья в средней трети. Первый больной был направлен для долечивания в госпиталь восстановительной «хирургии, а второй оперирован у нас. Но локтевая кость на месте ложного сустава так <ч не срослась. Однако, несмотря на наличие умеренной патологической подвижности, функция руки настолько восстановилась, что больной был признан годным к продолжению службы в качестве авиамеханика.

По группе летного состава из 60 закончивших лечение врачебно-летная комиссия признала 32 человека годными к летной службе без ограничений, одного — ограниченно годным к нескоростной авиации, двух—ограниченно годными 1-й и 2-й степени к наземной службе, трем предоставлены отпуска по болезни и один признан негодным к службе в армии. По группе наземного состава признано годными без ограничений 19 человек, ограниченно годным — один, негодным к службе в армии один.

Причины негодности и ограниченной годности: ампутация конечностей (один случай), анкилозы и тугоподвижность суставов (3 случая), сопутствующие (нехирургические) заболевания (2 случая).

Выводы

1. Закрытые и открытые переломы не огнестрельного происхождения верхних и нижних конечностей встречались одинаково часто. При переломах верхних конечностей преобладали переломы предплечий (в 16 из 32 случаев), а пви переломах нижних конечностей — переломы голени (в 17 из 31 случая), причем в половине случаев имелись переломы лодыжек (9 из 17). В % случаев были переломы правых конечностей, в *Уз* — левых; в одном случае наблюдался двусторонний перелом. В 56 случаях были закрытые и в 7 — открытые переломы.

2. По локализации на первом месте стояли переломы диафизов, на втором — дистальных эпифизов, на третьем — проксимальных эпифизов и на последнем месте—множественные переломы кости.

3. Поперечные переломы встретились в 41,3% случаев, косые — в 27%, оскольчатые — в 25,4% и вколоченные — в 6,3%. Смещение отломков было в 79,3% случаев.

4. В *Уз* случаев переломы получены при посадке самолета, в *Уз— от* удара винтом самолета По-2 и в %— при прыжке с парашютом, причем последняя травма чаще наблюдалась во время отделения от самолета, чем во время приземления парашютиста.

5. Сроки поступления в госпиталь были более длительными, чем при огнестрельных переломах. Так, в первые 3 суток поступило меньше половины больных. Причина задержки эвакуации — лечебные мероприятия на этапах.

6. Лазареты частей прошло % больных. В лазаретах наблюдались случаи необоснованной задержки больных при переломах плеча до 20 дней, при переломах предплечья — до 16 дней и голени — до 25 дней.

7. Дефекты лечебной помощи, оказанной в лазаретах: шинировано только % больных, сыворотка введена лишь *Уз* нуждавшихся. Был случай зашивания необработанной раны. К дефектам других лечебных учреждений относятся: наложение лечебных гипсовых повязок без репозиции отломков (7 случаев), отказ от скелетного вытяжения при переломах бедра (3 случая), длительное вытяжение и последующая длительная иммобилизация (один случай).

8. При лечении переломов верхних конечностей производились вправление отломков и фиксация гипсовой повязкой на срок до 60 дней. При переломах бедра — скелетное вытяжение в течение 30 дней, затем гипс на 30 дней, после снятия которого накладывался гипсовый тутор на срок до 30 дней. Переломы голеней с умеренным смещением вправлялись на столе Юдина винтовой тягой, после вправления накладывался гипс на 45—60 дней. При значительном смещении — скелетное вытяжение за пяточный бугор на срок до 30 дней и затем гипс на 30 дней. После снятия гипса проводилось интенсивное лечение физическими методами в комбинации с лечебной гимнастикой.

9. Сроки лечения определялись восстановлением работоспособности и боеспособности больного. Следует отметить, что при переломах бедер эти сроки очень длительные — от 102 до 304 дней (в среднем до 6 месяцев).

10. Исходы у наших больных были следующими: в группе летного состава оставлено на военной службе 89,7%, в том числе 84,6% возвоатились на летную работу; из группы наземного состава оставлено на военной службе 95,25%.

11. Причинами негодности и ограничений годности были ампутация, ограничение подвижности суставов и сопутствующие (нехирургические) ■^заболевания.

★

Полковник мед. службы пппф.П. Е. КАЛМЫКОВ

ПРИГОТОВЛЕНИЕ ВИТАМИННЫХ НАСТОЕВ ИЗ ХВОИ, ДРЕВЕСНЫХ ЛИСТЬЕВ И ТРАВЯНИСТЫХ РАСТЕНИЙ

Врачи воинских частей, работники, ведающие снабжением, должны постоянно заботиться о том, чтобы в пище, получаемой бойцами и офицерами Советской Армии, всегда содержалось необходимое количество витаминов, значение которых для организма, по современным данным науки, исключительно велико. При этом нужно отметить, что если пищи количественно нехватает, об этом сразу дает знать наш желудок; если нехватает белков или жиров, пища становится невкусной, что также сразу чувствуется; отсутствие же в нище витаминов, а тем более недостачу их легко не заметить, ибо отсутствие витаминов не отражается ни на количественной, ни на вкусовой стороне питания. Недостаток витаминов сказывается лишь в будущем, чаще спустя несколько месяцев, в виде серьезных, иногда грозных, нарушений здоровья.

Кроме того, точно доказано огромное значение витамина С для увеличения стойкости организма к разным болезням, особенно инфекционным.

Вполне естественны поэтому стремления изыскать дополнительные, внепищевые, источники витамина С. К счастью, он распространен в природе весьма широко. Одним из наиболее доступных и очень богатым источником являются иглы хвойных деревьев разных пород. Как показывают исследования, витамин С в том или ином количестве содержится также в древесных листьях и вообще во всех зеленых частях растений.

Такое универсальное распространение аскорбиновой кислоты в растительном мире позволяет предотвратить появление авитаминозов и даже гиповитаминозов С в любых условиях жизни войск. Летом широко нужно использовать листья разных деревьев и травянистых растений, зимой — неиссякаемый источник витамина С — хвою сосны, ели и пр. Летом можно и нужно организовать массовую заготовку впрок различных растительных продуктов, особенно богатых витаминами: ягод шиповника, черной смородины, облепихи и пр. Во многих районах нашей страны эти растения встречаются в виде обширных зарослей, и их легко использовать.

Широкому и массовому применению повсеместно встречающихся растений как источников витамина С препятствует отсутствие ясных и точных указаний о простых способах извлечения витамина. Имеющиеся печатные материалы касаются главным образом получения настоев из хвои, да и они крайне противоречивы. Поэтому мы поставили перед собой задачу собрать все указания по данному вопросу, проверить их в опыте, дать нм сравнительную оценку и отобрать наилучшие методы получения витаминных экстрактов из разного местного сырья Это тем более необходим-», что проблема дополнительной витаминизации личного состава войск не потеряла своего значения и в мирное время.

Экспериментальная оценка различных^ способов получения витаминных экстрактов из хвои

Хвоя содержит в 5 раз больше витамина С, чем лимоны и апельсины, и лишь в 5 раз меньше, чем плоды шиповника, этого естественного витаминного концентрата. В пределах нашего отечества хвойные породы деревьев встречаются повсюду, часто в виде огромных лесов. Следовательно, ресурсы данного вида витаминного сырья практически беспредельны.

Этим и объясняется особое внимание к хвое ряда организаций (медицинских и снабженческих, научных и административных, гражданских и военных). Написано и распространено огромное число официальных инструкций, циркуляров, памяток, брошюр и пр., дающих указания о способах получения витамина С из хвои. К сожалению, эти указания и инструкции разноречивы и подчас могут сбить с толку практических работников. Кроме того, рекомендации одних инструкций выполнимы только в лаборатории, а других — далеки от современных научных представлений по данному вопросу.

Мы собрали и сопоставили 9 инструкций, изданных только в 1942 г., Описывающих 18 методов получения витаминного настоя из хвои.

Расхождения и разноречия касаются всех наиболее важных элементов получения витаминных экстрактов. Укажем часть из них. Количество хвои, которое необходимо взять для получения суточной человеко-дозы витамина С, в разных инструкциях указывается разное — от 10 до 100 г, т. е. бблшая порция превосходит меньшую в 10 раз. Разноречивы советы по поводу измельчения хвои—одни рекомендуют применять различные машины, другие — резать хвою ножницами или даже растирать в фарфоровой ступке. То же н в отношении степени измельчения. Некоторые настаивают на возможно большем дроблении игл, другие же ставят определенные границы (3—*4* мм) и предупреждают, что большее измельчение нежелательно ввиду возможного разрушения витамина.

Способы экстракции также различные— одни рекомендуют настаивание в горячей воде, другие — в холодной, третьи — в подкисленной и пр. Длительность экстракции, по разным авторам, от 30 минут до 2—3 дней. Наконец, рекомендуемая доза напитка также колеблется от двух столовых ложек (30 см^{c}) до полутора стакана (300 см^{3}).

Чтобы решить, какой метод более рационален, мы предприняли обширные лабораторные исследования по сравнительной оценке разных способов. В процессе этих исследований выявилось, что и ряд принципиально важных моментов изготовления настоев из хвои, по поводу которых мнения разных авторов сходятся, также нуждаются в коррек тивах.

Отбросив несущественные детали разных способов, можно убедиться, что мы имеем четыре метода изготовления настоев из хвои, отличающиеся друг от друга в главных чертах. Первым из них является способ получения настоя путем экстракции в холодной воде, причем хвою предварительно моют в холодной же воде и измельчают тем или иным способом. По второму способу хвою настаивают в горючей воде. Предварительная обработка та же, что и в первом способе. По третьему способу хвою настаивают в холодной воде, подкисленной уксусной или соляной кислотой. По четвертому способу хвою настаивают в холодной в-оде после предварительного 2—3-минутного обваривания крутым кипятком. Эти четыре метода мы и подвергли экспериментальной проверке (табл. 1). Экстракция длилась в наших опытах один час в стеклянной посуде при комнатной температуре (+ 15°), за исключением второго способа, при котором поддерживалась температура. Ч-ТЗ'.

Таблица I

Содержание аскорбиновой кислоты в хвойных настоях, полученных разными методами (хвою резали ножом)

Способ получения	Концентрация аскорбиновой кислоты в мг%	Процентное ссотношение	Примечание
Настаивание в холодной воде . . .	7.3	19	За '03% принято колитество аскорбиновой кислоты, пслученнзе при наиболее эффективном способе горячего настаивания
Настаивание в горячей воде	39,1	100	
Настаивание в холодной воде, подкисленной уксусной кислотой . <	10,0	26	
Настаивание в холодной воде (хвою предварительно обваривали 2—3 минусы кипятком).....	31,0	80	

Табл. 1 отчетливо показывает, что наиболее эффективным методом а смысле выхода аскорбиновой кислоты является метод горячего настаивания. Несколько уступает ему способ экстракции в холодной воде с предварительным обвариванием хвои кипятком. При настаивании в холодной подкисленной воде содержание витамина С в 3 с лишним раза меньше, чем в способе горячей экстракции. Совсем не эффективен способ настаивания в холодной воде.

Аналогичные опыты мы поставили с хвоей, изрубленной сечкой. При рубке сечкой хвоя подвергается большему размозжению, чем при резке ножом, и потому можно было ожидать уменьшения разницы в выходе аскорбиновой кислоты. Результаты опытов представлены в табл. 2.

Таблица 2

Содержание аскорбиновой кислоты в хвойных настоях, полученных разными методами (хвою измельчали сечкой)

Способ получения	Концентрация ас корбиновой кислоты в мг%	Процентное соотношение
Настаивание в холодной воде.....	22	52
Настаивание в горячей воде	42	**100**
Настаивание в холодной воде (хвою предварителкно обваривали 2—3 минуты кипятком) .	41,3	98

Следовательно, если хвою не только разрезать, но и разминать, раздавливать, что бывает при тщательной рубке хвои в корыте сечкой, то цифры выхода аскорбиновой кислоты при различных способах экстракции сближаются. Однако и в этих опытах выявляются те же закономерности. Наибольшее количество витамина С получается при горячей экстракции, совсем близкие цифры дает метод с предварительным обвариванием хвои кипятком вдвое меньше содержание витамина при холодной экстракции.

Таким образом, могут спорить между собой только два метода: экстракция в горячей воде и экстракция в холодной воде с предварительным ошпариванием хвои. Остальные два метода, как дающие

слишком 'малое количество аскорбиновой кислоты, следует забраковать. Таков первый весьма важный вывод из наших исследований.

'Между тем подавляющее количество инструкций рекомендует метод холодной экстракции. По нашим данным, он может быть рекомендован в том случае, если имеется возможность особенно тщательно раздробить и измельчить хвою, чего можно достичь только с помощью какой-либо сложной машины, например, так называемого «волчка» (машина не только режет хвою, но и весьма совершенно ее растирает). Сознательно мирясь с низким выходом витамина С, можно использовать холодное настаивание с 'Предварительной мойкой в холодной же воде в тех случаях, когда получить кипяток трудно. Однако следует отметить, что даже в полевой обстановке кипяток всегда бывает.

Остается теперь решить вопрос, какому из двух, почти одинаково* эффективных, методов отдать предпочтение. Наибольшего выхода аскорбиновой кислоты удается добиться при горячей экстракции, казалось, ему и следовало бы отдать пальму$_e$ первенства. Но при этом нельзя обойти следующие отрицательные стороны данного метода. Во-первых, в наших опытах мы наблюдали значительные колебания содержания аскорбиновой кислоты при горячем настаивании, достигающие 100%, в то время как при других методах колебания не так значительны. Невидимому, различия в исходной температуре воды и колебания ее в процессе настаивания в той или иной степени влияют на полноту экстракции. В практических условиях невозможно вести процесс настаивания при строго стандартном режиме, поэтому и колебания в содержании витамина С неизбежны. А данное обстоятельство-крайне нежелательно, так как затрудняет дозировку напитка.

Вторым весьма существенным недостатком способа горячей экстракции является особо горький вкус настоя. Если та или иная степень горечи вообще свойственна хвойным настоям, то здесь этот недостаток: выявляется особенно резко. Между тем вкусовое достоинство витаминных напитков имеет большое значение, что нельзя игнорировать. Наконец, нужно указать и на практическую трудность получения настоя; по этому способу. Некоторыми инструкциями предписывается температуру воды поддерживать вовремя экстракции на уровне 70—80°. Выполнить данное требование нелегко. В какой посуде и каким образом подогревать настой? Если холодное настаивание можно производить в-простых и удобных деревянных бочках и кадушках, то для нагревания нужна эмалированная или алюминиевая посуда, которая далеко не всегда и не везде есть. Поддерживать температуру настоя на уровне. 70° во время экстракции также нелегко. Большинство авторов, рекомендующих этот метод, не дают совета, как осуществить подогревание, некоторые же указывают, что после заливки хвои горячей водой посуду нужно поместить в «нежаркую печь» или «поставить на край плиты» (инструкция Наркомпищепрома). При изготовлении больших количеств напитка, особенно на фронте, этот совет нереален.

Таким образом, по ряду соображений можно с определенностью высказаться за метод холодного настаивания с предварительным обвариванием хвои кипятком. Этот способ заслуживает наибольшего внимания, так как имеет ряд преимуществ. Во-первых, по содержанию аскорбиновой кислоты мало чем уступает способу горячей экстракции и в то же время не имеет отмеченных недостатков последнего. Высокий выход аскорбиновой кислоты аз ошпаренной хвои объясняется снятием восковой (смолистой) оболочки с поверхности хвойных игл и мацерацией (разрыхлением) оболочек растительных клеток. Диффузия аскорбиновой кислоты вследствие этого увеличивается. Особенно важно, что и вкус тако» ;> экстракта лучше — горечь менее заметна. Улучшение вкуса можно объяснить г эм, что при опускании хвоив крутой кипяток-, значительное количество смолистых веществ из нее удаляется.

Естественное опасение — не теряется ли прз этом и аскорбиновая кислота. Специально проведенные опыты показывают, что горячее промывание водой извлекает ничтожное количество аскорбиновой кислоты — 0,3—0,4% общего количества ее, содержащегося в хвое.

Весьма важной положительной стороной разбираемого метода следует считать более надежную очистку хвои от грязи и резкое снижение бактериологической обсемененности напитка. Кроме того, размягчение игл кипятком значительно облегчает измельчение хвои.

Наконец, ошпаривание хвои кипятком в той или иной степени инактивирует фермент, способствующий разрушению витамина С — аскорбиназы. Специальные опыты показали, что обваренная и затем изрубленная хвоя более стойка при хранении. Точно так же и экстракты, полученные по этому методу, оказывались более стойкими. Содержание аскорбиновой кислоты в настое практически стойко держалось в течение 4—5 дней при температуре хранения 15—17°.

В некоторых руководствах рекомендуется настаивать каждую порцию хвои не один раз, а трижды, причем каждый объем воды вступает в контакт с тремя разными порциями хвои. Настаивание в этом случае идет по несколько более сложной схеме, но результат получается положительный — извлечение аскорбиновой кислоты из витаминного сырья увеличивается.

В наших опытах такой способ весьма существенно увеличивал выход витамина (от 52 до 100%), следовательно, троекратная экстракция себя вполне оправдывает. Однако при данном методе требуется больше посуды, например, четыре бочки вместо одной. Но если есть возможность, желательно процесс вести именно по этому методу (хвою следует предварительно обваривать кипятком).

Заслуживает внимания одна практическая деталь — перемешивание хвои в процессе экстракции. Оказывается, эта простая манипуляция, о которой значительная часть инструкций вовсе не упоминает, имеет немаловажное значение. По нашим наблюдениям, настаивание с периодическим перемешиванием каждые 10—15 минут на 15—25% увеличивает концентрацию витамина С в настое.

В нескольких опытах мы испытывали метод получения витаминного настоя из целой хвои, предлагаемый Государственной контрольной витаминной станцией. Способ весьма заманчив, так как выпадает самая трудоемкая операция — измельчение хвои, требующая при обработке больших количеств материала, не мало времени, рабочей силы и некоторого оборудования. Ряд попыток получения витаминных настоев из цельной хвои,‘произведенных нами и другими учреждениями, окончились неудачей. Холодное настаивание в подкисленной воде, продолжавшееся до суток, давало ничтожный выход витамина. То же получилось при 20-часовой экстракции целой хвои в горячей подкисленной воде.

Попытка получить витаминный настой путем 10-минутного кипячения цельной хвои тоже не удалась. ■

Государственная контрольная витаминная станция рекомендовала кипятить цельную хвою в закрытой посуде в течение 20 минут. Концентрация аскорбиновой кислоты, получающаяся при этом, ле указана, суточная же доза экстракта определена одним стаканом. Нужно полагать, что в этом количестве настоя (200—250 см^5) содержится не менее 20 мг аскорбиновой кислоты, следовательно, концентрация ее должна быть не ниже 10 мг%. Наши опыты подтверждают, что эти цифры реальны — содержание витамина С колеблется от 7 до 12 мг%. Однако при параллельном получении настоев из той же хвои методом холодного-настаивания с предварительным обвариванием сырья, выход был равен 35—40 мг®/#!, т. е. в 4 раза больше, а при тройной экстракции достигал даже 50—55 мг%. Нужно отметить, что у экстракта, полученного ки-

пячением, значительно изменяется вкус. Горечь не увеличивается, зато кипяток приобретает какой-то неприятный привкус, аромат, свойственный хвое, исчезает. Следует отметить также, что в полевой обстановке трудно найти нужную посуду, поскольку кипятить в железной и медной посуде нельзя.

Из-за резкого снижения выхода аскорбиновой кислоты и ухудшения вкуса метод экстракции цельной хвои можно использовать лишь в том случае, когда по тем или иным причинам нельзя организовать измельчение хвои. В качестве выхода из положения можно прибавить к методу экстракции цельной хвои кипячение.

Сравнительная экспериментальная оценка всех наиболее часто рекомендуемых способов получения витаминного экстракта «из хвои позволяет сделать следующий вывод: наилучшим методом с точки зрения эффективности (количества витамина), вкуса, стойкости хвои и настоев, а также практических соображений (доступность всех необходимых ■манипуляций) можно считать метод настаивания изрубленной хвои в воде с предварительным 2—3-минутным ее ошпариванием.

Практические указания по приготовлению настоев из хвои

Дав ответ на основной вопрос, следует остановиться на некоторых, также весьма существенных, вопросах вторичного порядка, возникающих при организации дополнительного, внепищевого снабжения воинских контингентов витамином С. Рассмотрение этих вопросов мы предполагаем произвести в определенной последовательности, в порядке осуществления различных этапов сбора хвои, ее первичной я основной обработки, улучшение вкуса готового экстракта, способов его дозировки и исследования. При этом мы базировались на результатах специально поставленных опытов, данных известных нам источников, а также учитывали практические соображения, имея в виду военно-полевую обстановку.

Рекомендуемые породы деревьев. Какие породы хвойных деревьев предпочтительнее использовать для получения витаминного настоя? На основании :исследования игл разных деревьев установлено, что одни из них богаче, другие — беднее аскорбиновой кислотой. Сосна и ель одинаково активны, значительно больше витамина С содержат пихта, лиственница, сибирский кедр и кедровый сланец. Следовательно, если можно выбирать, необходимо остановиться на последних. »

Играет большую роль высота деревьев, высота расположения веток, а также длина игл. Например, прч возможности выбора между сосной и елью необходимо отдать предпочтение сосне, так как она имеет более крупные иглы и собрать нужное количество хвои легче. Кроме того, есть указания, что хвоя ели сообщает напитку более интенсивные запах и горечь. В подавляющем большинстве случаев исходным сырьем для получения витаминного настоя является сосна, и лишь в определенных районах Советского Союза (в Сибири и на Дальнем Востоке) предпочтительнее пользоваться указанными выше породами деревьев.

Молодая или старая хвоя. Какую хвою собирать, молодую или старую? Разные авторы единодушно отмечают, что старая хвоя (иглы 3—4-летней генерации) богаче витамином по сравнению с молодой. Однако молодая хвоя чмеет определенные преимущества перед старой—настой из нее имеет слегка кисловатый, приятный вкус. Так как вкус настоя имеет большое значение, а ресурсы сырья не ограничены, можно с определенностью высказаться за использование молодой хвои. Практически вопрос решается именно в этом направлении, так

как срезаются обычно концы веток, так называемые «хвойные лапки»— тонкие, пушистые ветки, наиболее богатые иглами. На этих веточках преобладают молодые иглы 1—2-летнего возраста.

Хранение хвои. Ветки, срезанные с дерева, желательно возможно скорее использовать, т. е. обработать для получения витаминного экстракта. Это особенно важно летом, когда витаминная активность хвои понижена (например, сосновая хвоя зимой содержат 200—250 мг*/», а летом — 100—150 мг*/»), а высокая температура воздуха способствует ускоренному окислению и разрушению аскорбиновой кислоты. Поэтому летом не следует хранить ветки долее 3—4 дней. В сырых, прохладных помещениях, подвалах и пр. срок хранения можно увеличить до 10—12 суток.

Зимой при температуре воздуха ниже 0° хвойные ветки можно заготавливать впрок на 1—2 месяца. Хранить их нужно на открытом воздухе или в холодных сараях, обязательно хороню засыпав снегом.

Количество хвои на одного человека в сутки. После того как хвоя снята с веток, что в большинстве случаев делают вручную, возникает весьма существенный вопрос о количестве хвои, потребном на одного человека в сутки. Инструкции называют самые различные цифры — от 10 до 100 г. Оветить на вопрос нелегко, имея в виду разную активность хвои, в зависимости от породы деревьев и времени года, а главное — различие в способах получения витаминного напитка. Если исходить из выходов аскорбиновой кислоты, получающихся при методе с предварительным ошпариванием хвои, и учитывать сезонные колебания активности ее, можно назвать цифры — 20 г хвои зимой м 40 г летом на одного человека в сутки. При данных количествах минимальная суточная доза витамина С —20 мп% —будет безусловно обеспечена. С большой точностью можно установить суточное количество хвои методом прямого лабораторного исследования как хвои, так и готового экстракта. Методика определения аскорбиновой кислоты в настоящем ее виде настолько проста, что данное исследование можно проводить в любой обстановке. Этой методикой должен овладеть каждый военный (да и гражданский) врач. Вполне доступна она и фельдшер, и вообще лицу со средним медицинским образованием.

Предварительная обработка (мойка) хвои. Вопрос, как мыть хвою — в холодной иля в горячей воде, решается в пользу горячей воды. При этом пыль *и* грязь смываются наиболее полно, уничтожаются микроорганизмы, снимается поверхностный восковой слой с игл, мацерируются клеточные оболочки, удаляется некоторое количество смолистых и иных -веществ, делающих настой горьким, облегчается, наконец, рубка хвои. Ошпаривать иглы горячей водой можно в обычной посуде (в деревянных бочках, в чугунных или медных котлах, в котлах полевых кухонь и т. п.). Наиболее удобное соотношение количеств хвои и воды- — это 1 :5 (на 1 весовую часть хвои 5 частей крутого кипятка). Обваривание продолжается 2—3 минуты. Очень удобно хвою опускать в кипяток в проволочной сетке или дырчатом сосуде.

Способы измельчений хвои. Конечно, нужно сразу же отбросить как непригодные в практике растирание хвои в ступке, резку ножницами. Эти методы полезны только в лабораторных условиях. Для получения значительных количеств хвои, повидимому, наиболее удобна рубка хвои в корыте сечкой (тяпкой) или на доске отточенной лопатой. Способ прост и не требует никаких сложных приспособлений. Можно использовать и одну из следующих машин: «волчок» (машина, предназначенная для измельчения мяса), соломорезку, табакорезку, корнерезку, шинковальную машину, причем некоторые из них (например, соломорезка) нуждаются в предварительном приспособлении — замене шестеренок и пр. Необходимо иметь в виду, что детали

машин, вступающие в соприкосновение с хвоей, не должны быть ни медными, ни железными.

Степень измельчения хвои. Чем мельче изрубить хвою, чем больше она при этом дробится и мнется, тем больше в экстракте будет аскорбиновой кислоты. Опасения, высказываемые по поводу возможного разрушения витамина при чрезмерно большом измельчении, неосновательны. Они базируются на преувеличенном представлении о нестойкости аскорбиновой кислоты в измельченной хвое, ее быстром разрушении. Наши наблюдения показывают, что измельченную хвою можно хранить в течение 1—2 часов без существенного уменьшения ее активности. Это в большей мере относится к хвое, предварительно ошпаренной. Следовательно, нужно добиваться максимального, практически возможного, измельчения. Это не значит, конечно, что очень мелкое дробление 'обязательно,—оно желательно.

Срок га хранения измельченной хвои. Выполнение совета, даваемого почти всеми инструкциями, использовать изрезанную хвою немедленно, не позже 15—30 минут, как показывают наши опыты, не обязательно. Без всяких опасений можно удлинить срок хранения измельченной хвои. Таким образом, отменяется одно из стеснительных правил, притом не всегда легко осуществимых. Однако без надобности не следует откладывать экстрагирование хвои.

Способы экстракции. Экстракцию следует производить в холодной доброкачественной воде.

При широком распространении хлорирования как метода обеззараживания воды последняя весьма часто содержит небольшое количество остаточного хлора. Это количество не должно превышать 0,5 мг в I л, но на практике нередко-содержание остаточного хлора достигает I мг[1] и выше. Возникает вопрос, можно ли пользоваться такой водой. Основываясь на правильном рассуждении о том, что хлор является сильнейшим окислителем, а витамин С крайне легко окисляется, иногда авторы категорически предостерегают от применения воды, имеющей . остаточный хлор.

В специальных опытах, поставленных нами по этому поводу, данное опасение не подтвердилось. При наличии в воде хлора в неизмеримо больших количествах — до 10 мг на I л — концентрация аскорбиновой кислоты практически не снижалась. Этот, на первый взгляд парадоксальный, факт легко объяснить. Остаточный хло-р, содержащийся в воде в количестве нескольких миллиграммов, при экстракции встречается с огромным количеством (300 г на 1 л) легко окисляющихся ■органических -веществ — изрубленной и раздробленной хвоей. Ясно, что хлор, жадно соединяющийся с любой органической субстанцией, исчезает из воды в первые же мгновения настаивания, при этом на долю аскорбиновой кислоты приходится настолько малая доза хлора, что она практически не имеет значения. Поэтому вполне возможно и даже желательно для экстрагирования пользоваться хлорированной водой.

Правильно запрещение употреблять железную и медную посуду. Вполне допустимо и практически удобно настаивание производить в деревянных бочках и кадушках при периодическом помешивании деревянной же мешалкой.

Соотношение количеств хвои и воды. В подавляющем большинстве руководств по изготовлению витаминных настоев это соотношение устанавливается 1:3 — одна весовая часть хвои на три части воды. Это соотношение при настаивании изрезанной хвои правильно. Увеличивать количество воды не следует, так как в этом случае уменьшилась бы концентрация витамина, а это заставит увеличивать дозу напитка, и, следовательно, пришлось бы обращаться с большими объемами последнего, что значительно усложняет изготовление

настоя, хранение и транспортировку настоя. Нельзя также и уменьшать количество воды, так как получится настолько густая масса, что полная экстракция станет невозможной.

Длительность экстракции. Предписания крайне разноречивы — от 30 минут до 2—3 суток. Убедительными опытами НИИСИ ВС СССР, вполне согласующимися с нашими наблюдениями, экстракцию можно ограничить одним часом. При троекратном настаивании срок этот следует уменьшить до 40 минут. Такие сроки настаивания сильно облегчают производство витаминного напитка, уменьшают потребность в посуде, дают возможность за рабочий день получить очень большие количества экстракта в небольшом количестве посуды.

Троекратная экстракция производится по следующей схеме. Определенным количеством воды заливают хвою в первой бочке (кадке), затем после экстрагирования настоем, слитым из первой бочка, заливают свежую хвою во второй и после экстрагирования настоем из второй. бочки заливают хвою в третьей. Следовательно одной порцией •воды экстрагируется три порции хвои. После третьей бочки готовый экстракт выливают в четвертую кадку. На хвою, оставшуюся в бочках после первой экстракции, наливают свежую воду, которая также последовательно проходит через все три бочки. Эта же операция повторяется третий раз с третьей порцией воды. Экстракт из третьей бочки каждый раз сливают в сборную четвертую бочку.

Фильтрация витаминного настоя. Инструкции рекомендуют производить фильтрацию через марлю, сложенную в 2—3 слоя, через любую белую ткань, через волосяное сито, через слой ваты или вату, положенную между двумя слоями марли, через вату и ткань. В некоторых случаях предписывается предварительное отстаивание настоя или обработка его перед фильтрацией карболеном (медицинским углем). Наконец, рекомендуется коагуляция яичным белком.

Необходимо отметить, что хвойный экстракт содержит значительное количество вязких органических веществ и потому быстро забивает даже примитивный фильтр. Следовательно, пользоваться более совершенными фильтрами невозможно. Вата также настолько быстро забивается, что для фильтрации больших количеств настоя пришлось ■бы истратить весьма солидное количество ее. Этот расход ничем не оправдан. Нереальна также рекомендуемая обработка настоя карболеном, а тем более—яичным белком. Для массовой практики вполне достаточно фильтровать экстракт через любую белую (лучше многократно стиранную) хлопчатобумажную ткань. Хорошо, если возможно, пользоваться и марлей.

После фильтрации хвою необходимо отжать через ткань. Эта манипуляция вдвойне выгодна, так как значительно увеличивает количество напитка и одновременно концентрацию аскорбиновой кислоты. По нашим наблюдениям, после отжатия количество экстракта увеличивается на 33ª/с, а концентрация витамина — на 17®/». Если настой используется не тотчас же, очень полезно после фильтрации дать ему постоять (лучше в высоких бутылях, но можно и в деревянных бочках) несколько часов, а лучше сутки. При этом большая часть взвешенных веществ выпадает на дно, а осветленный напиток, осторожно слитый, можно хранить несколько дней. Органолептические свойства настоя, прозрачность и вкус существенно улучшаются.

Способы улучшения вкуса напитка. Известная горечь, свойственная хвойным напиткам, несколько препятствует массовому распространению этого прекрасного и доступного способа профилактики авитаминоза и гиповитаминоза С. Правда, не следует и преувеличивать значение горечи настоя, особенно получаемого из свежих, сочных, молодых игл. К горечи люди быстро, в первые 2—3 дня, привыкают и напиток пьют даже с удовольствием. В некоторой мере го-

речь скрашивается приятным ароматом хвойного леса. Но имеющиеся возможности улучшения вкуса напитка все же необходимо использовать.

Для этой цели рекомендуется множество средств, и все они более или менее эффективны. Хорошо сдабривают напиток и маскируют горечь кислоты: лимонная, виннокаменная, уксусная, соляная, еще приятнее пользоваться ягодным м фруктовым соком, экстрактами, сиропами. В армейских условиях вполне возможно для этой цели пользоваться сахаром. Инструкция Главвитаминпрома определяет количество сахара в 3 г на одну человеко-дозу (100 см^3 экстракта). Это количество вполне возможно выделить из суточного пайка красноармейца, содержащего 35 г сахара. Вполне реально также сдабривание витаминного напитка хлебным квасом. Производство его можно наладить в полевой обстановке на подвижных хлебозаводах и в полевых хлебопекарнях. Соотношение количества экстракта и кваса зависит от степени кислотности последнего. Как известно, «старый» квас имеет более кислый вкус. Хороший напиток получается при добавлении к настою равного количества кваса или, если квас «старый», половины его. Можно использовать также огуречный и капустный, рассол.

Исключительно хороший эффект достигается при сдабривании настоя спиртом (водкой); горечь маскируется, вкуси запах улучшаются. •Нет сомнений, что тогда бойцы охотнее будут выпивать нужное количество экстракта. Наилучший результат получается при добавлении 10% спирта (25% водки). Однако следует иметь в виду, что спирт (водку) можно добавлять лишь непосредственно перед употреблением напитка, так как спирт ускоряет разрушение аскорбиновой кислоты.

Срок хранения напитка. По этому вопросу уже были сделаны замечания. Экспериментальные данные позволяют утверждать, что опасения по поводу очень большой нестойкости экстракта преувеличены. Требование использовать экстракт в день приготовления и лишь в крайнем случае хранить не более 1—2 суток во многих случаях крайне обременительно' и трудно выполнимо. Увеличение сроков хранения позволяет наладить изготовление напитка в ближайшем тылу и доставлять его действующим частям в централизованном порядке. Срок хранения настоя, полученного по методу ошпаривания хвои, безусловно можно увеличить до 4—5 дней, при температуре -(-15, +17°. Экстракт, полученный способом холодного настаи-вания без предварительного обваривания хвои, также можно хранить до 3—4 дней, и лишь при температуре воздуха свыше 20° сроки эти следует сокращать, Подкисление напитка тем или иным способом позволяет увеличить сроки хранения до недели.

Суточная человеко-доза экстракта. Разные инструкции по-разному определяют дневную человеко-дозу экстракта — от 2 столовых ложек (20—30 см^3) до полутора стаканов (300—350 см^3). Такие разногласия вызваны двумя моментами. Во-первых, авторы инструкций при установлении количества экстракта исходят, повидимому, из разных доз аскорбиновой кислоты. В одном случае имеется в виду минимальная доза — 20 мг, в других же случаях предусматривается оптимальная доза — 50—60 мг, т, е. в 2^1/»—3 раза больше первой. В этот вопрос необходимо внести полную ясность, иначе невозможно говорить о дозировке экстракта. Нам кажется, в данном случае нужно исходить из минимальной профилактической дозы в 20 мг витамина С прежде всего потому, что эта доза более точно установлена и общепризнан а, в то время как насчет оптимальной существуют разногласия. Кроме того, следует иметь в виду, что пища все же имеет некоторое количество аскорбиновой кислоты. Наконец, обеспечивая минимальное количество витамина в точной дозе хвойного настоя, мож-

:но, если настоя достаточно много, рекомендовать удваивать или даже утраивать дозу. Вторая причина расхождений в установлении объема напитка заключается в различных способах получения экстракта. Поэтому крайне желательно устанавливать дозу напитка на основании прямого лабораторного определения содержания в нем аскорбиновой кислоты. Лабораторное исследование поможет избежать ошибок в дозировке, причем, конечно, опасно только преуменьшение дозы.

Концентрация аскорбиновой кислоты в избранном нами методе •с предварительным ошпариванием хвои колеблется от 35 до 60 мг% (в зависимости от времени года). Если исходить из 20 мг витамина на одного человека в сутки, потребуется всего 40—60 см' настоя или 50 л на 1 000 человек. Для приготовления такого количества настоя не нужно ни стеклянной посуды, ни особого транспорта, легко решается вопрос сдабривания настоя, так как потребуется сравнительно немного сахара, кислоты, спирта (5 см[8] или водки 12 см[8]) и пр. Поэтому отпадают и всякие возражения о невозможности изготовления и снабжения витаминным настоем войсковых частей.

Получение витаминных настоев из древесных листьев и травянистых растений

С наступлением весны количество источников витамина С резко увеличивается. Помимо хвойных деревьев, можно широко использовать большое количество лиственных пород, а кроме того, появляется масса травянистых растений, также богатых аскорбиновой кислотой. Настои из листьев ч трав часто имеют более приятный вкус: многие растения можно употреблять непосредственно в виде салата, для приготовления борща и пр.

В наших научных лабораториях и институтах на витаминную активность исследовано очень много представителей дикорастущей ■флоры. Наиболее доступны почта повсеместно встречающиеся источники витамина С (и провитамина А — каротина) —липа, береза, клен, вяз, тополь и ряд других. Все они по количеству витамина немногим уступают зимней хвое. Из травянистых растений с успехом можно использовать как для получения настоя, так и для непосредственного употребления с пищей крапиву, лебеду, щавель, кислицу, борщевик, ■клевер, люцерну и много других. Среди этой группы встречаются растения с огромной витаминной активностью. Так, например, первоцвет лекарственный (широко распространенный в наших лесах) содержит в своих листьях до Р/л аскорбиновой кислоты. Для получения настоев можно также использовать повсеместно распространенный тростник, который дает весьма активный настой.

Сравнительная оценка методов получения настоев

Разные авторы рекомендуют и разные методы получения настоев из древесных листьев в трав. Так, В. А. Девятнин рекомендует настаивать измельченные листья в течение часа в горячей воде, Альбенская и Курмина— кипячение листьев в течение 10—15 минут, НИИСИ ВС СССР предлагает настаивать целые листья в холодной подкисленной воде и т. д.

В поставленных нами специальных опытах сравнивались следующие способы: 1) горячее настаивание целых листьев, 2) горячее настаивание измельченных листьев, 3) настаивание измельченных листьев в горячей подкисленной воде, 4) настаивание в холодной воде изрубленных листьев, предварительно ошпаренных кипятком.

Для опытов использовались листья березы; настаивание продолжалось один час. Результаты исследований представлены в табл. 3.

Таблица 3

Содержание аскорбиновой кислоты в настоях из березовых листьев

Способ получения	Содержание аскорбиновой кислоты в мг%
Настаивание целых листьев в горячей воде	**5**
Настаивание измельченных листьев в горячей воде	**20**
Настаивание измельченных листьев в горячей подкисленной воде	**24**
Настаивание измельченных листьев в холодной воде (листья предварительно обваривали кипятком)	**18**

Из табл. 3 видно, что при настаивании целых листьев получается экстракт, крайне бедный витамином, следовательно, измельчение материала обязательно.

С. Г. Смирнов предложил настаивать целые листья в подкисленной холодной воде и при этом получил настой с удовлетворительной активностью при хороших органолептических свойствах напитка. Однако настаивание в этом случае должно продолжаться целые сутки, кроме того, обязательна затрата кислоты (3 г концентрированной соляной кислоты на 1 л воды).

Продолжительность настаивания сильно затрудняет получение настоя в больших количествах, особенно в воинской части. Трудно также получить кислоту. Кроме того, гораздо рациональнее прибавлять кислоту, если она есть, к уже готовому экстракту, для улучшения вкуса и придания настою устойчивости. В этом случае кислота используется целиком и не выбрасывается частично вместе с выжимками листьев.

Из табл. 3 видно также, что наибольший выход аскорбиновой кислоты получается при горячем настаивании, особенно при одновременном подкислении воды. Но вкусовые достоинства готового напитка в этом случае хуже, чем при экстракции холодной водой. Настой получается очень горьким. Кроме того, трудно непрерывно подогревать настой во время экстракции, о чем мы уже говорили при разборе метода горячего настаивания хвои.

При экстракции холодной водой листьев, предварительно обваренных кипятком, выход аскорбиновой кислоты лишь немногим уступает выходу ее при горячей экстракции. Полностью сохраняются также все преимущества этого метода, отмеченные при получении настоя из хвои: лучше вкус напитка, надежнее обеззараживание и очистка листьев от пыли и грязи, настой более устойчив, так как разрушается аскорбиназа.

Таким образом, можно притти к выводу, что наилучшим способом получения настоев из листьев так же, как и из хвои, является метод настаивания измельченных листьев в холодной воде после предварительного обваривания целых листьев крутым кипятком. Метод холодной экстракции в подкисленной воде, дающий прозрачный напиток лучшего вкуса, можно рекомендовать лишь в тех случаях, когда имеется в достаточном количестве посуда, необходимая для экстракции.

Практические указания по приготовлению настоев

При выборе растений следует руководствоваться следующими важнейшими соображениями: высокой витаминной активностью растения, отсутствием в нем вредных и ядовитых веществ, хорошим вкусом на-

пнтка, получаемого из него (или во ■всяком случае не очень горькими не противным). Наконец, выбирать следует растения, произрастающие в данной местности в больших количествах, которые легко заготовить. Растительный мир нашей страны очень богат. В каждом районе можно найти растения, пригодные для получения из них витаминных настоев. Для этого следует пользоваться данными местных научных учреждений, ведущих исследования растений.

Наиболее богаты аскорбиновой кислотой зеленые сочные листья и ветки. Огрубевшие и увядшие листья для получения витаминных настоев непригодны.

Собранные листья и травы лучше всего перерабатывать немедленно — в увядших растениях количество витамина значительно снижается. Если все же заготовленное сырье придется хранить в продолжение 1—2 суток, необходимо его увлажнить водой и поместить в прохладное влажное помещение. Ни в коем случае нельзя допускать загрязнения материала.

Количество сырья, потребного для одного человека в сутки, ввиду очень большого разнообразия растений и различной их активности можно определить только путем прямого исследования настоя по одному из общепринятых методов. Листьев березы, липы, клена требуется приблизительно от 40 до 60 г на одну человеко-дозу.

Листья после отделения от веток и взвешивания следует опустить в кипяток на 3—5 минут, затем тщательно измельчить (лучиге всего сечКой в корыте), сложить в посуду и залить троекратным (по весу) количеством воды комнатной температурь!. Длительность настаивания листьев несколько больше, чем. хвои, но не более Р/г—2 часов. Если материал изрублен очень мелко, достаточно и одного часа.

После настаивания экстракт фильтруют через ткань, дают напитку отстояться, сливают его в сборную посуду, сдабривают для улучшения вкуса (по одному из уже описанных способов) и используют.

Дозировку напитка лучше всего производить на основании прямого исследования его активности. Для настоя листьев березы, липы, клена доза равна примерно 100—150 см^3 на одного человека в сутки.

★

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

СОВЕЩАНИЕ ПО ТУЛЯРЕМИИ

В 1946 г. 'в Москве в Министерстве здравоохранения РСФСР состоялось совещание по туляремии.

С докладами и содокладами, а также в 'прениях выступали профессора и доктора медицинских наук А. Н. Берикская, *А.* Ф. Билибин, И. А. Гайский, Л. В. Громашевский, II. Ф. Здродовский, Н. Г. Олсуфьев, А. Е. Прозоров, В. Н. Рубинштейн, Г. П. Руднев, Л. М. Хатеневер, М. М. Файбич и В. Я- Эльберт, доктор биологических наук Н. И. Калабухов, кандидат биологических наук А. А. Максимов, кандидат медицинских наук Е. М. Цветкова, доцент И. А. Акимов.

Активное участие в работе совещания приняли местные работники, имеющие значительный опыт по профилактике и борьбе с туляремией: доцент II. В. Сомов, Г. П. Славин, М. М. Оконечникова, В. П. Болотина, Н. Я. Еремеева, В. М. Попов и др.

Совещание показало, что за годы Великой отечественной войны и послевоенный период советские ученые и практические работники протчвотуляремийных станций провели большую работу по дальнейшему изучению эпидемиологии, эпизоотологии, специфической профилактики, клиники и лечения туляремии, а также по организации борьбы с ней. Особенно значительны успехи в деле профилактической вакцинации (Гайский, Файбич, Эльберт), в изучении эпизоотического и эпидемического процесса (Олсуфьев, Хатеневер), клиники и лечения туляремии (Беринская, Билибин, Хатеневер, Руднев). Но, разумеется, немало еще и недостатков.

Научная квалификация ряда работников противотуляремийных станций невысока; количественно их нехватает. Поэтому станции мало дают нового материала, собранного непосредственно в очагах. Научные работники по туляремии не всегда помогают медицинским учреждениям своевременно подготовиться и провести необходимые мероприятия по борьбе со вспышками туляремии.

В некоторых областях и краях местные органы здравоохранения и земледелия недооценивают роль и значение научно обоснованного своевременного прогноза колебания численности грызунов, опасных в эпидемиологическом отношении.

Существует также недооценка органами здравоохранения роли противотуляремийных станций и участия местных медацинских работников в работе по профилактике и борьбе с туляремией. Недостаточно' участие в противотуляремийной работе институтов эпидемиологии и микробиологии.

Совещание подчеркнуло необходимость более углубленного изучения природной очаговости, иммунобиологии, клиники и лечения туляремии. Особенно актуальны сейчас изучение длительности и напряженности иммунитета после профилактической вакцинации, а также определение эпидемиологической эффективности противотуляремийных вакцин, 'более глубокое изучение возбудителя туляремии, -которое позволит отобрать наиболее полноценные штаммы для изготовления вакцин.

Совещание наметило рациональную классификацию туляремии и определило две основные клинические формы: 1) бубонная (желези-

стая) с указанием локализации бубонов, 2) висцеральная (внутренняя).

В состав висцеральной формы входят; бронхо-пульмональная (легочная) и абдоминальная (кишечная).

Резолюция совещания по туляремии утверждена приказом № 307-о.

Совещание по туляремии несомненно будет способствовать развитию и углублению наших знаний и нашего понимания этой инфекционной формы и дальнейшей разработке мер профилактики и борьбы с туляремией.

В УМС МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

Ученым медицинским советом Министерства здравоохранения СССР утвержден устав Всесоюзного историко-медицинского научного общества и состав его правления, избранный тайным голосованием.

В состав правления Всесоюзного историко-медицинекого 'научного общества избраны-, председателем правления общества — действительный член Академии медицинских наук СССР проф. И. Д. Страшун, зам. председателя правления общества — министр здравоохранения СССР Е. И. Смирнов и заслуженный деятель науки проф. Д. М. Российский, членами правления — действительные члены Академии медицинских наук СССР профессора В. Н. Терновский, А. Н. Сысин. Л. А. Оганесян, К- 'М. Быков и профессора Б. Д. Петров, Г. А. Баткис, **П.** И. Страдынь и Л. В. 'Майстрах. Секретарем общества избран полковник мед. службы М. И. Барсуков.

Генерал-лейтенант мед. службы проф. Н. Н, ЕЛАНСКИЙ

К ИСТОРИИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА ХИРУРГИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ В РОССИИ

Первые врачи в России были иностранцами и даже преподавание вели на немецком или латинском языке. Поэтому всю медицинскую аппаратуру и хирургический инструментарий сначала ввозили из-за границы. В России хирургический инструментарий начали делать в XVIII веке. Этому способствовало развитие медицинского образования. Первое время русские мастера копировали заграничные образцы, поэтому номенклатура инструментария была довольно обширной, хотя операции, да и то весьма несложные, производились крайне редко.

В 1721 г. организовался Петербургский инструментальный завод. Это был первый шаг на пути развития государственной инструментальной медицинской промышленности. Однако вплоть до Великой Октябрьской социалистической революции наша инструментальная промышленность не имела достаточного стимула для развития. Несмотря на это, качество отечественного хирургического инструментария даже в тот период не уступало качеству заграничного. Об этом свидетельствуют отзывы видных хирургов того времени, многочисленные дипломы и награды, полученные заводом на русских и иностранных выставках, а также и инструменты, сохранившиеся до нашего времени. Приходится удивляться, как могли русские рабочие 200 лет назад при отсталой технике и методах обработки металлов добиваться такой точности и чистоты отделки инструментов.

Большую роль в организации производства хирургического инструментария в России сыграли президент Медико-хирургической академии Яков Вил лье, который был главным медицинским инспектором русской армии во время войны с Наполеоном, и виднейшие русские хирурги Буяльский и Пирогов. Эти виднейшие хирурги страны в течение нескольких десятилетий управляли технической частью Петербургского инструментального завода.

Всю историю развития хирургической медицинской промышленности в России можно разделить на три периода: 1) доантисептический период, 2) период до Великой Октябрьской социалистической революции и 3) советский период.

Одной из наиболее частых операций, производившихся еше в глубокой древности, было кровопускание, которое применялось по самым разнообразным показаниям. Кровопускание производилось путем вскрытия вен, напряженных посредством турникета, или путем множественных насечек кожи с последующим отсасыванием крови кровососными банками. Для вскрытия вен пользовались специальными обоюдоострыми ланцетами, а для множественных насечек на коже — довольно сложным инструментом, который назывался «шнейер».

С противовоспалительной и отвлекающей целью применяли проведение под кожей «заволоки» — длинной нити, которая, поддерживая воспалительный процесс и нагноение под кожей, должна была, по мнению старых врачей, способствовать разрешению воспалительных процессов и заживлению ран. Для проведения «заволок» употребляли лап-

•цетообразную длинную яглу с ушком, которой можно было провести лод кожу длинную и толстую нитку.

Со времени Гиппократа известна операция «сверления черепа», или трепанации. Операция производилась большей частью при ранениях черепа с повреждением кости, для удаления осколков кости, внедрившихся в мозг. При трепанации применяли «трефины» различной конструкции, которые представляли пилообразную корону с центральным копьем. Инструмент приводили в действие или сверлящими движениями руки или как современный коловорот. Инструмент очень опасный, так как при неосторожности и излишнем давлении он мог вместе с выпиленным кружком кости провалиться в полость черепа и повредить твердую мозговую оболочку и мозг. Кроме того, при трепанации применяли щетки для очистки пилы, подъемники, прямые и кривые, и распаторы, похожие на современные.

В большом ходу были глазные операции «низдавленне бельм», рассечение нагноений слезных мешков и «вырезывание» глаз при ранениях и при тяжелых воспалительных процессах. Для глазных операций применяли обоюдоострый нож, иглу для «низдавления бельм», щипчики, ложечки, крючки, кривые ножницы и специальные ножи (арнемановы, бардтова и др.). Для операций над слезным свищом применяли щупы, свинцовую проволоку, тупой крючок и трехгранную иглу.

В случае задушения, вследствие закупорки дыхательных путей, производили операцию «прободения дыхательного горла», применяя для этого специальный «бронхотом» с двойной плоской серебряной трубкой.

Для «извлечения наростов» (т. е. удаления полипов) из носа пользовались серебряной трубочкой с серебряной проволокой или волосяной нитью и специальными «щипцами в лопаточках с дырочками». Для вливания пищи через нос применяли эластическую трубку с воронкой. Кроме того, проводили операции просверливания сосцевидного отростка и прободения барабанной перепонки при нагноительных процессах.

При операциях по поводу расщелин неба и заячьей губы пользовались золотыми и серебряными иглами со стальными концами и специальными ножами и распаторами. Для экстракции зубов применяли клеши различных конструкций (прямые и с кривым носом), ключ английский, подъемник и «козью ножку», а для спиливания острых краев зубов — терпуг.

Для извлечения инородных тел из горла служил китовый ПРУТ С грецкой губкой на -конце, длинные кривые щипцы разной КОНСТРУКЦИИ. Для оазпеза нарывов в горле существовал специальный фаоинготом.

На брюшной и грудной полости производили -мало операций: ПРОКОЛ «для выпушения накопившейся веды» и наложение швов пои ранениях брюшной стенки. Для проколов применяли тпоакапы: большой, средний и малый. Для разреза свища «задней кишки» СЛУЖИЛ «кривой нож господина Савиньи с пуговкой и с подвижным копьецом».

Довольно часто и широко практиковали различные урологические операции. Сведи них надо отметить поежде всего катетеризацию, при которой пользовались мужскими и женскими серебряными катетерами трех калибров и эластическими катетерами. При стриктурах мочеиспускательного канала употребляли «врачебные свечи, сделанные из холстины, напитанной воском». При камнях мочев^о ПУЗЫРЯ издавна известна операция камнесечения, методика которой была разработана во всех деталях. Для выполнения операции предлагались самые разнообразные и хитроумные инструменты. В России применяли набор, состоящий из стальных катетеров и гоожепетов трех размеров, литотома, шиппов для захватывания камня и ложки. Опепапии ПРОИЗВОДИЛА по большей части без всякого обезболивания, в лучшем случае под алкогольным опьянением или после удара по голове, от которого боль-

ной терял сознание. Через мочеиспускательный канал в мочевой пузырь вводили катетер, через промежность делали прокол литотомом сбоку от средней линии под контролем пальца, введенного в прямую - кишку. Разрез расширяли или литотомом или горжеретом и камень извлекали щипцами. Литотом являлся очень сложным инструментом, который изготовляли на Петербургском инструментальном заводе.

В 1824 г. Сига1е предложил инструмент для камнедробления. В дальнейшем этот инструмент значительно усовершенствовали. Наиболее совершенные модели были предложены бароном НецНекшр и В1е§е!очг. Последний сконструировал и приспособление для вымывания осколков камней из пузыря. Профессор Петербургской медико-хирургической академии П. Саенко написал монографию «Очерк главнейших кампекрушительных происшествий», в которой в деталях описаны как операция камнедроблен и я, так и все инструменты, применявшиеся при ней.

При операциях ущемленной грыжи пользовались герниотомом — кривым ножом с тупым утолщением на конце. Этим ножом через малое отверстие на коже вслепую рассекали ущемляющее грыжевое кольцо и вправляли грыжу в *брюшную* полость..

Для удаления инородных тел из ран пользовались стальным щупом с ушком и щипцами.

Очень много инструментов имели акушеры; клещи Лаврешева и Смелиевз для извлечения плода, клещи Пулева для вырывания костей плода, ножницы прободающие Фридова для вскрытия головной и других полостей тела, крючки тупые и острые, подъемники, тазомеры, сифоны для отсасывания молока, медный сифон для впрыскиваний в матку и другие инструменты. Большинство акушерских инструментов, применявшихся в XVIII -и XIX веках, сохранились до наших дней почти без изменений.

Для общехкрургических операций и манипуляций применяли ножницы различной величины и формы, бистури и ланцеты, щупы с серебряным ушком, желобоватый, трехгранный и др., корнцанги или лекарские щипцы и «штадели»; для перевязки сосудов употребляли иглу Бромфильда, для наложения швов — иглы различного фасона и величины. причем шили прямо рукой, без иглодержателей.

Для ампутаций и резекций костей был набор пчл различней вели чины и вида: дуговые, .листовые, цепочечные и остеотомы. Остс-отом Гейне, усовершенствованный Н. И. Пироговым, представлял сложный инструмент, действующий по принципу непрерывной круговой цепочечной пилы.

■ Все эти инструменты изготовлялись главным образом Петербургским инструментальным заводом, который являлся основным поставщиком хирургического инструментария для русской армии.

Уже в 1808 г. главный медицинский инспектор армии Яков Виллье издал на русском языке краткое наставление о важнейших хирургических операциях, «исправил образцы употребительнейших и самых нужных хирургических инструментов». Он же укомплектовал «корпусные, полковые и батальонные яшики, а равно и карманные наборы, кои должен иметь при себе всякий лекарь».

Из этих списков видно, что наборы, применявшиеся в то воемя в медицинской службе русской армии, содержали большое количество самых разнообразных инструментов, позволявших производить очень обширный по тем временам круг операций.

Уже в 1883 г. был составлен полный каталог инструментов Пеъсп-бургского инструментального завода с точным описанием их и указанием стоимости как самих инструментов, так и ремонта их. В это время управляющим заводом был доктор медицины и хирургии, профессор анатомии, статский советник и кавалер Илья Буяльский.

В каталоге описано более ста различных хирургических инструментов и аппаратов, изготовлявшихся заводом. Инструменты комплектовались по функциональному признаку в отдельные наборы. Средн наборов в каталоге упоминаются: инструментарий для лечения огнестрельных ран, сверления черепа, глазных операций, кровопускания, для лроведения «заволоки», для операций над слезным свищом, извлечения наростов из носа и других полостей, операций заячьей губы, выдергивания зубов, извлечения инородных тел из горла, прободения дыхательного горла, «выпущенпя накопившейся воды», «чревных сошвений», «вылущения мочи», «для разрезу свища задней кишки», вырезы-«ания камней из мочевого пузыря, акушерских операций, операций аневризмы, отсечения членов, лечения застаревших вывихов и оживления мнимоумерших. Кроме того, описаны корпусной, полковой, батальонный карманный лекарский и фельдшерский наборы.

Для характеристики наборов можно привести набор «для оживления мнимоумерших, утопших, удавившихся, задохшихся и от других случаев обмерших». В этот набор, кроме обычных инструментов: катетеров, трубки, машинки для открывания рта, лопатки для очищения слизи во *рту и* ножниц, входили также другие предметы — платяные щетки, фланелевые рукавицы для растирания обмерших, огниво, кремни, трут, серные спички, подсвечник, восковая свеча, разные лекарства и табачная клистирная машина. Машина состояла из табачной курительной трубки, соединяемой мягкими трубками с ■мехами; эти трубки вставляли в задний проход оживляемого и при помощи мехов нагнетали в прямую кишку табачный дым.

В каталоге приводятся правила хранения инструментов:

«Инструменты, пришедшие в негодность к употреблению, как бы оные повреждены ни были, отсылать в 'Медицинский департамент Министерства внутренних дел для исправления или перемены, за потерянные же вещи взыскивать деньги с того, в чием смотрении оные находились.

Правило сие изменяется тогда только, если вещи утрачены во время сражения, или по иным чрезвычайным случаям, но медицинские чиновники за таковую утрату не иначе изъемляются от взыскания, как представив надлежащие свидетельства о действительной оных потере во время сражения или по иным чрезвычайным случаям.

Управляющий заводом—доктор Буяльский».

За период деятельности Буяльского в качестве управляющего заводом производство инструментов значительно расширилось, — начали внедряться в производство инструменты, предложенные самим Буяльским. И поныне применяется лопаточка Буяльского, аппарат его имени для переливац.ия крови (большой металлический шприц с двойными стенками). Буяльский собрал богатейшие коллекции заграничных инструментов, обучал по ним русских мастеров и поднял русскую инструментальную технику на уровень передовых заводов западноевропейских стран. Об этом свидетельствуют многочисленные дипломы и награды, полученные заводом на выставках.

Инструменты изготовлялись из прекрасной стали, были хорошо отполированы. Ручки инструментов делались из особенно прочных пород дерева или из слоновой кости и черепаховые. Только такие инструменты, как металлические катетеры и трахеотомические канюли, изготовлялись из серебра, а некоторые даже из золота.

Характерная особенность как русского, так и иностранного инструментария цоасептического периода— богатство украшений и роскошная ■отделка. Для отделки употребляли золото, серебро, перламутр, ручкам иногда придавали изящную форму с вычурной резьбой.

Непгу, парижский фабрикант хирургического инструментария, сообщает, что известный французский хирург XVI века АтЬгоие Рагб украшал инструменты орнаментом для того, чтобы привлечь внимание своего пациента Генриха III. Известный инструментальный мастер приготовил для русской императрицы полный комплект хирургических инструментов, удивлявших публику богатством отделки. Английский хирург лорд Ас1оп велел отделывать свои инструменты золотом, серебром и перламутром. Сделав кровопускание какой-либо красавице, он для Сслгшего эффекта выбрасывал инструмент з огонь или в окно.

В конструкции даже очень сложных приборов не учитывали возможности их стерилизации кипячением. Укладки для инструментов, обитые изнутри плисом и снаружи сафьяном, также не были рассчитаны на асептическое содержание инструментов.

Кроме хирургического инструментария, инструментальные заводы в XVIII и XIX веках изготовляли бандажи, ортопедические аппараты и аппараты для вправления вывихов и лечения переломов.

Так, в каталоге хирургического музея Петербургской императорской медико-хирургической академии, составленном в 1867 г. академиком П. Заблоцким, описано 142 аппарата для вправления и лечения переломов, 33 ортопедических аппарата и 24 бандажа. В том же каталоге описаны инструменты, изготовленные на Петербургском казенном■инструментальном заводе, хранящиеся в музее академии. Эти инструменты вместе со знаменитой коллекцией Буяльского составляли основной инструментальный фонд музея. В музее было собрано более 6 000 экспонатов. Все они были пронумерованы н хранились в специальных шкафах и витринах из красного дерева. По отзывам иностранцев, посещавших музей, «ни в одной заграничной медицинской школе, даже в Лондоне и Париже, нет и десятой доли того, что собрано в хирургическом музее» (П. Заблоцкий). Для музея в 1865 г. было отведено просторное помещение.

Следующий период развития инструментальной медицинской промышлеяностч начинается с момента внедрения в хирургическую практику асептических методов оперирования. Асептический метод расширил масштабы оперативных вмешательств и внес некоторые конструктивные изменения в инструментарий. В частности, хирурги стали требовать, чтобы инструменты выдерживали длительное и повторное кипячение.

Инструменты приобрели более гладкую форму, исчезли деревянные, костяные ч черепаховые ручки, орнаменты, золото, серебро и перламутр на ручках. Это упростило очистку инструментов и стерилизацию их. Большое значение имело покрытие инструментов никелем. Никель предохранял их от быстрого окисления и облегчал механическую очистку. В этот период было сконструировано много новых инструментов для операций на мозгу, грудной и брюшной полостях — трепаны, гверла, долота, дрили, щипцы для выкусывания костей черепа, расширители брюшных и грудных ран, кишечные зажимы и жомы, пуговка Мурфи, энтеротрибы; были введены в практику тончайшие кишечные и обкалывающие иглы, проволочная пила Джигли, большое количество специального инструментария для операций на почках, печени и мочевом пузыре, для операций на легких и грудной стенке.

Среди русских хирургов — изобретателей инструментов этого периода надо отметить проф. С. П. Федорова, который предложил много инструментов для операций на почках (жом, крючки), Троянова (иглодержатель), Делчцина (риханотрепан), Дьяконова (долото). Однако в этот период русскому хирургу было очень трудно заказать инструменты собственной конструкции и большинство предпочитало новые образцы ввозить из-за границы.

В связи с новой асептической эрой в хирургии возникла необходимость в постройке различных аппаратов для стерилизации инструментов, перевязочного материала, операционного белья и растворов. Всю аппаратуру, начиная от простейших стерилизаторов до сложных стерилизационных установок, вделываемых в стены в предоперационных и стерилизационных комнатах, ввозили из-за границы.

Огромное значение в хирургии имело открытие в конце XIX и начале XX века эндоскопических приборов—цистоскопов, ректоскопов, эзофаго- и бронхоскопов, гастроскопов и торакоскопов. Все эти сложнейшие приборы до Октябрьской Социалистической революции также ввозили к нам из-за границы. То же самое надо сказать о микроскопах и рентгеновских аппаратах, которых в России вообще не делали.

Введение асептики, наркоза и -местной анестезии, лучей Рентгена и эндоскопических приборов перестроило теорию и практику хирургических вмешательств.

Инструментальный завод в Петербурге (единственный в России), кустарные инструментальные артели в Павловске и Сормове и несколько частных фирм, торговавших главным образом заграничным инструментарием, с большим трудом удовлетворяли растущие потребности лечебных учреждений города и села в инструментах.

Наконец, третий период в развитии хирургического инструментария « аппаратуры начинается после Великой Октябрьской революции. В связи с гражданской войной закрылись источники снабжения из-за границы, прекратили свое существование частные фирмы. Между тем лечебная, и в том числе хирургическая, помощь населению значительно расширялась, в самых отдаленных пунктах страны начали строиться новые больницы, открываться амбулатория, врачебные, фельдшерские пункты и родильные дома, во всех крупных городах организуется «скорая помощь». Естественно, поэтому во много раз возрос и спрос на хирургический инструментарий и медицинскую аппаратуру.

В первое время над советской инструментальной промышленностью дотлели вопросы количества. Надо был каждой больнице и каждой амбулатории дать необходимый инструмент, остро нуждалась в нем •а медицинская служба растущей Красной Армии. Это дало толчок расширению производства на существующих инструментальных заводах я потребовало создания новых.

Для унификации выпускаемых инструментов в 1930—1933 гг. были созданы особые комиссии, в которые входили представители заводов и виднейшие хирурги (профессора: Опп ель, Гирголав, Джанелидзе, Еланский, Шевкуненко, Воячек, Бохон, Поляк, Энтин). Комиссии пересмотрели весь каталог выпускаемых инструментов и утвердили наиболее совершенные 'модели. После этого более узкие комиссии разработали ОСТ для каждого инструмента. В ОСТ, помимо чертежей и технических условий изготовления, перечислялись функциональные качества, которые предъявляются каждому инструменту.

За этот же период завод «Красногвардеец» освоил изготовление сложнейших эндоскопических приборов — цитоскопов, бронхо-эзофагоскопов, ректоскопов и торакоскопов и в короткий срок достиг высокого совершенства в этом новом деле.

После того как задача организации отечественного производства различных моделей инструментов, и притом -в огромных количествах, была успешно решена, естественно, встал вопрос о качестве. Нужно было добиться, чтобы щипцы Дальгрена и гипсовые ножницы Штилле не ломались даже при перекусывании толстой медной пластины, шприцы Рекорда не пропускали воду и не лопались при повышении давления до 4—5 атмосфер, кремальеры запираюшихся инструментов не соскакивали при их замыкании и т. д. И эта задача была успешно решена, причем одновременно удалось внедрить в производство более совершен-

«ые моделч костных инструментов типа Люэра, заменив их моделями с более длинными ручками и короткой рабочей частью.

Большая работа была проделана для улучшения качества •ходового инструментария — кровоостанавливающих зажимов Пеана и Кохера.

Старый -метод изготовления этих инструментов из углеродистой стали имел много недостатков. Инструменты были очень хрупки, часто ломались и быстро ржавели от кипячения. Кроме того, в результате индивидуальной ручной пригонки двух половин каждого инструмента рабочая часть у них получалась очень грубой и функционально неудовлетворительной, Это заставило в корне перестроить производство. Была налажена штамповка половинок, что сделало их -взаимозаменяемыми, углеродистая сталь заменена хромированной нержавеющей, введен винтовой способ соединения половин инструмента. Таких примеров •настойчивой упорной борьбы за высокое качество отечественного хирургического инструментария можно привести много.

Дружная работа инженерно-технического персонала с хирургами дала свои плоды. Перед началом Великой отечественной войны Советский Союз имел развитую инструментальную промышленность, которая обеспечивала снабжение лечебных учреждений инструментарием хорошего качества.

Серьезный экзамен выдержал хирургический инструментарий отечественного производства во время Великой отечественной войны. Советские хирурги инструментами отечественного производства сделали на фронте и в тылу миллионы операций. Качество хирургического инструментария оказалось прекрасным, количество его вполне соответствовало потребностям как фронтовых, так и тыловых лечебных учреждений. Материальные затраты и труды, вложенные в инструментальную промышленность перед войной, окупились с лихвой колоссальным количеством спасенных от смерти и увечья бойцов и командиров.

Однако необходимо признать, что наша инструментальная промышленность даже в советский период сохранила почти всю иностранную номенклатуру изделий и освоила очень мало изобретений и предложений русских хирургов, хотя среди них имелись весьма полезные и более совершенные, чем иностранные. Так, например, существуют очень удобные, кпепко захватывающие иглу и не рвущие перчатки, иглодержатели Троя нова. Этих иглодержателей наши заводы не изготовляют, вместо них вырабатываются в большом количестве иглодержатели .Матье, быстро изнашивающиеся и рвущие перчатки хирурга. Не изго товляются клеммы Холдпна для асептического шва желудочно-кишечного тракта, не освоены электротрепаны Баскина, мозговые шпатели Поленова и много других инструментов русских авторов, с успехом заменяющих иностранные образцы.

Наука и техника быстро идут вперед. Инструментальная промышленность не может ограничиться достигнутыми результатами. Сейчас перед ней встают новые, еще более грандиозные задачи — нужно поднять медицинскую инструментальную промышленность Советского Союза на уровень современных достижений техники. Чтобы успешно решить эту задачу, требуется объединенная работа инженеров и хирургов в экспериментальном цехе и в операционной. Инженеры должны знать, для какой цели служит тот или другой инструмент, нужно чтобы они проникали в замыслы хирурга и поняли их, а хирурги должны знать возможности техники инструментального производства.

Глубокие знания, взаимная консультация помогут успешно решить ряд весьма сложных проблем, стоящих перед нами. Таких проблем не мало. Например, необходимо разработать систему освещения операционного поля и удобные источники света для операционной, аппараты для кондиционирования я стерилизации воздуха в операционных, усовершенствовать операционные и ортопедические столы, .внедрить

рентгеновскую аппаратуру в операционную, сконструировать операционные столы, включающие рентгеновские аппараты. Нуждаются в рационализации больничная мебель и предметы ухода за больными. Так, необходимы электрические пылесосы, электрические приборы для натирания полов, электрические аппараты для отсасывания жидкостей из операционной раны, полости плевры, мочевого пузыря.

Давно ощущается нужда в аппаратуре для безопасного наркоза закисью азота. Сейчас ингаляционный наркоз хирурги ведут так же, как и 100 лет назад. Нет аппаратов для наркоза с повышеннЫ'М давлением и с искусственным дыханием.

Для решения всех этих вопросов необходимо создать мощные экспериментальные лаборатории и цехи три инструментальных заводах, привлечь к работе в них хирургов и инженеров разных специальностей, организовать специальный научно-исследовательский институт больничного строительства.

-Советский Союз имеет для этого все необходимое — прекрасные кадры и материальные возможности.

ЛИТЕРАТУРА

Вилл ье Я., Краткое наставление о важнейших хирургических операциях, 1806.—З а б л о ц к и Й П., Каталог хирургического музея Императорской петербургской медико-хирургической академии, СПБ. 1867.—Л а за ре ви ч. Атлас гинекологических и акушерских инструментов, СПБ, 18(7.—Лахтин М. Ю., Большие операции в истории хирургии, 1901.—Л *а х* т и н М. Ю. Исторический очерк учения о трепанации с древнейших времен по XIX век, Летопись Русс. хнр.,кн. 6. стр. 925. 1900,— Максименков А. Н., Производство хирургического инструментария в XVIII и XEX столетиях. Хирургия, № 7, стр. 114, 194<>. — О п и е л ь В. А., История русской хирургии, 1913.-Оценка хируггкческих инструментов, составляющих полный губернский набор для всех операций, 1833. - - С а е н к О П., Очерк главнейших камнекрушительных происшествий. — Вг а т Ы 11 а I, А., 1п81гитеп1ат1ит сЫгиг^кит тйИаге 1782. — Вгйп п 1 § На и Геп. СЫгиг§15сЬег АррагаГ ойег УеггекЬп158 етсз Затпйипй чоп сЪ1П1Гй1зс11еп 1п5(гитеп1еп, Ваш1а2«п ипб МазсЫпеп. ЕНапяеп, 1801. — Са1а1о&ие аш3 герои о1 оЬмеШса! ап<1 оНтег ш$1гипип(8. 1_сш1оп, 1867. — О а га л $ *е* о I, К'оичеаи СгаНё <1е$ 1п$1гитеп1$ *де* сйицгре 1ез р!и$ и111е§, 1725. — Не1не I. О. Кеиез УеггеЬ **сЬпИз** сЮгиг^ксЬег)пМгитеп1еп. Вапба^еп ипд МавсЬтеп, «е1сНе ига Ъе1ке5е1г1е РгеЬ ее уеНег(^< лчег<1еп ипб 2и Г>аЬеп Мп И Ье(1. С. Не(пе, сЫгиг|'1$с1>ег 1п51гитео1ешпасЬег ат Но(. Йег ОшчегзНа! иш! <1ет Ти11и?Ъо5рИа1 1в ЮггЬшз, 1811. - Непгу, Ргес1я йезсИрн! заг 1ез ШзГгшпепи <1е сЬаит^е апыенз е1 тойегпез, 1825. — Еео, 1п5(гитетанит сЫгигокит ойег чоНиапШйе г>атш1ипо ЫМНсЬег ОагИеНипсеп 1п XXX Та 1е1п, 1824.

★

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед, службы Н. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945) (Продолжение[1])

IV. ВОЕННО-ПОЛЕВАЯ ХИРУРГИЯ

II. Отморожения

'Павлов С. Т. и Смирнов К. К., Методика и- некоторые результаты экспериментального изучения отморожений, в кн. Труды Военно-мед к пинской академия Красной Армин, т. 29, Л„ стр. 217—234, 1941.

Павлов С. Т. н Смирнов К. К., Профилактика отморожений жирами, ВСД, 11—12, 1942.

Памятка бойцу о предупреждении отморожений. М., Медгиз, 3 стр., 1943.

Папиов Н. И., Лечение отморожений форм а лн яо-карбо ловым раствором. Хирургия, 8, 1942,

Панченко Д. И., О значении морфологических изменений нервной системы в патогенезе отморожений, Краснодар, ВМА, 49 стр., 1942.

Панченко Л. И., О значении патогистологических изменений нервных стволов в патогенезе отморожений. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 10—11. 1942,

Панченко Д. И„ О патологических изменениях симпатических узлов при отморожеьии, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 15, 1943.

Панченко Д. И„ О ретроградных изменениях спинного мозга при отморожениях конечностей, Невропатология и психиатрия, 12, 3, 1943.

Петров Н. П., Ожоги, отморожения, электр о травма, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 133—146, 1945.

Пикин К. И., Материалы об отморожениях, ВСД, 2, 1941.

Пиоятковский М. А., Физиотерапия отморожений, Фельдшер и акушерка, 3, 1943; Советская медицина, 1, 1943.

Пионтковский М. А. я Яиошевская Р. К.. Физические методы лечения отморожения. М., Медгиз, 19 стр., 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Плес со Г. И.. Состояние периферической иннервации при отморожении, в к и. Психиатрия и невропатология в Великой отечественной войне, б. м„ стр, 140—148, 1945,

Поволоцкий Я. Л. и Рибасов В. А., Отморожения, их предупреждение и лечение, Новосибирск, Новосибгнз, 44 стр., 1943.

П рок о п ч у к Д. Т., Сравнительная оценка различных методов медикаментозного лечения отморожений, Советская медицина. 12, 1944.

Профилактика и лечение отморожений. Памятка врачу и фельдшеру, М., Медгиз, 8 стр,, 1941 (ГВСУ Красной Армии); М., Медгиз, 8 стр,, 1942.

Пумпянский Р. Г., К лечению отморожений. Хирургия, 1—2, 1942.

П унян-Фре я кел ь Г. Л., Новые данные в учении об отморожении, б. м„ ВМА. 1943. Рец.: Военно-морской врач, 4, 1943.

Патель А. Я., Антитоксическая функция печени при отморожении, Госпитальное дело, 1, 1943.

Рабинович Я- С., К вопросу о лечении отморожений в войсковом районе. Предварительное сообщение, Хирургия, 6—7, 1941.

Рогачевский С. Л„ Аппарат для лечения открытым методом отмороженных и обожженных конструкции военного врача Рогачевского С. Л., Госпитальное дело, 4, 1943.

Рогачеве юн й С. Л., Новый аппарат для лечения обморожений и ожогов, Клиническая медицине, 20, 7, 1942.

Родионова В. С„ Лечение отморожений салициловой кислотой, Здравоохранение Казахстана, 6, 1943.

Руп а со в Н. Ф.. Характеристика отморожений к методы их лечения, в кн. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 487—493. 1941.

* См. ВМЖ, № 1, 2, 3, 4 и 5.

Рябннкин А. Г., Отморожения и их лечение. Педиатрия, 6, 1942.
Сагяловнч М. Д., Смещение уровня содержания холестерина в кровя и влияние электрического поля ультра высокой частоты на холестериновый обмен при экспериментальном отморожении, в кн. Сборник научных работ института за годы Отечественной войны, Л,, стр. 171—173, 1942 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).
Сандомирскнй М. И., Роль вегетативной нервной системы в патогенезе отморожения, в кн. Сбоонкк научных работ, посвященный С. Н. Давнденкову, Л., стр. 108—120, 1941,
С а р к и з о в • С е р а з и п и И. М., Основы закаливания и профилактики отморожений. Изд. 2-е, перераб., М.—Л., Физкультура н спорт, 216 стр. с и л л., 1941.
Саркизов-Серазини И. М.. Профилактика отморожений, М., Физкультура и спорт, 28 стр., 1941.
Саркисов И. 3., Предупреждение отморожений в полевых условиях, Пятигорск, 32 стр., с илл., 1942.
Саркисов М. А., Обезболивание при ожогах, в кн. 2-я научная конференция Куйбышевской военно медицинской академии. Тезисы докладов, Куйбышев, стр. 27—28, 1941.
Соколов Ф- Н., Врачебная помощь при ожогах и отморожениях на этапах эвакуации войскового района, Советское здравоохранение Узбекистана, I, 1941.
Спивак Г. Л., Рентгеновские данные об изменениях костей при отморожениях, Врачебное дело, 2, 1941.
Спиридонов А. Н., Сроки и методы оперативных вмешательств при отморожениях пальцев ног и рук, в кн. Сборник научных работ М-ского ЭГ, Горький, стр. 33—43, 1943. Библиогр.
Стельмашонок И. М., Как уберечь себя от отморожений, Чебоксары, Чуваш-Госиздат, 16 стр., 1942.
Текенбойм Н. Г., Как предупредить обморожение, М., Воениздат, 16 стр., 1941.
Толстоухова Л. И., А1орфология крови при отморожениях, в к и. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердлозск, стр. 447—457, 1941.
Трещевсхий Н. П. я др., К вопросу о микрофлоре ран и отмороженных тканей, Журнал микробиологии, эпидемиологии И иммунобиологии, 10—11, 1941. Библиогр.
Трофимов П. Е. и др., Опыт лечения отморожений в эвакогоспиталях г. Махач Кала, в кн. Сборник научных трудов воачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т. Т, Махач-Кала, стр. 126—129, 1943.
Френкель Г. Л., Некоторые соображения относительно патологии тканевого обмена в реактивном периоде отморожения, в кн. Труды ВММА, т. 4, в. I, Л., стр. 130—137, 1944.
Френкель Г. Л., Новые данные в учена» об отморожении, М,, Медгиз, 55 стр., 1943 (МСУ ВММА). Библиогр.
Френкель Г. Л., О новых принципах -в лечении отморожений. Советская медицина, 23—24, 1941. ■
Френкель Г. Л.. Об экспериментальном обосновании ультра высокочастотной терапии отморожений, Физиотерапия, 3—4, 1941.
Фридланд М. О., Лечение отморожений. Фельдшер и акушерка, 10. 1942.
Хавкин Л. С., Каркас для лечения отмороженных открытым способом, Госпи талыюе дело, 6. 1944.
Хаскевич Н. Г. и др.. Некоторые новые мероприятия в лечении отморожений. Врачебное дело, 2. 1941.
Х во лес Г. Я., Каркас без электрола'мп для лечения отморожений открытым способом, Госпитальное дело, 11—12, 1942.
Ходков В. Н., Отморожения, их предупреждение и лечение, Медицинская сестра, 1—2, 1944.
Хундздзе С Р., Клиника отморожения, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 4—5, 1942.
Чи народа Н. С., Лечение позязкамк трофических язв после отморожения. Предварительное сообщение, Здравохранение Казахстана, 6, 1943,
Что надо знать об отморожениях, б. м., 3 стр., 1943 (ВСУ Карельского фрочгга).
Шейнис В. Н., Замерзание. (Общее охлаждение), М., Медгиз, 95 стр., 1943,
Шейнис В. Н., Об отморожениях, Фельдшер и акушерка, I—2, 1944.
Шейнис В. Н., Опыт лечения отморожений в эвакуационном госпитале, в кя. Труды Военно-медицинской академии, т. 29, Л., стр. 206—216, 1941.
Штурм В. А.. Отморожения и их лечение, в ки. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны, в. 2, Л., Медгиз, стр. 29—39, 1942.
Шульман М. С., Изменение костей при отморожении, в кн. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокое* тыла, Свердловск, стр. 423—440, 1941.

12. Ожоги н электротравмы

Аведисо-в С. С., Лечешое ожогов но вок а ино-ри ва но лозой эмульсией. Госпитальное дело, 7, 1943.

Алтухов П. П., Дешевый способ лечения ожогов, Советская медицина, 6, 1944.

Артюхов С. М., Способ лечения ожогов. Фельдшер и акушерка, 12, 1943.

Бакштейн Ф. С., К технике бужирования пищевода при стенозах после ожогов или ранений, Хирургия, 5, 1945.

Балтин М. М., Лечение ожогов липа пограничными лучами Букки, Вестник офталмологпп, 23, 6, 1944.

Бека урн Н. В., Данилов А. А. и Моисеев Е. А., К вопросу о механизме смерти от ожогов. Доклады Академии наук ОХР. Новая серия, 5, стр. 246—248, 1944.

Берзин А. С., Лечение ожогов препаратом «АНГ-17», в кн. Сборник научных работ, в. 2, Л., стр. 177—183, 1942 (Ленинградский красноармейский военный госпиталь).

Бородин Н. Ф., Новое в лечении термических ожогов, Фельдшер и акушерка, 12, 1943.

Бриль М. Т. и др., Скоростной метод лечения ожогов 2-й и 3-й степени эмбриональной мазью проф. Гольдберга, в кн. Стимуляция заживления рай, Томск, стр. 90—96, 1944.

Бровер Б. И., Лечение ожогов по видоизмененному способу Беттмеиа, Военно-морской ьрач. 4, 1942.

Брумштейн М. С. и Горяева А. В., О действии новокаинового блока и бальзамической мази А. В. Вишневского при лечении электроожогов, Архив биологических наук, 62, 1, 1941.

Ведринский А. И. и др., Лечение ожогов а.тьготаиом, ® кн. Вопросы военной медицины, в. 7, Архангельск, стр. 110—116, 1943

Гинзбург Р. Л., Лечение ожогов. Здравоохранение Казахстана, 10, 1942.

Гогелия Л.. Поздние конечные результаты военных ожогов. Реферат.'в к и. Воень ная медицина за рубежом, в. 3, М., стр. 77—78, 1944.

Горбань И. А., Принципы рационального .течения термических ожогов в свете клинических наблюдений, б. и., 1943 (Диссертация. Напечатано на машинке).

Горине века я В. В., Термические и энергетические поражения на войне, в кн. Гориневская В. В. и Ра мм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени. М-, Медгиз, стр. 140—165, 1942.

Грубииа С А., Лечение ожогов и отморожений кзротичо.м, в к». Сборник работ по военно-полевой и общей хирургии, посвященный XXX-летию деятельности проф. А, В. Смирнова, Л., ВМА, стр. 84—91, 1944.

Данович Ф. М., К вопросу о фосфорных ожогах, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 2, 1944.

Данович Ф. М„ Обработка ожогов по способу Аллеи-Коха, в кн. Военно-морской медицинский сборник, в. 5, М.—Л„ Воетгмориздат, стр. 28—29, 1945.

Джанелидзе Ю. Ю., Ожоги и их лечен;», М., Медгиз, 38 стр.. 1941 (ГВСУ Красной Армия); в кн. Труды 1-й научной конференции терапевтов, б. м., стр. 53—62. 1942.

Ж ер б ин Е. А. и Май страх Е. В.. К механизму ожоговой реакции, в кн. Научные работы курсантов ВММА, в. 2, Л., стр. 25—33, 1944.

Зарубин С. А., Термические ожоги и их лечение, в к ж Вопросы хирургии войны, желудочной хирургия и урологии, Горький, стр. 138—169, 1942.

Зиновьева М. Т., Изменение крови и спинномозговой жидкости при электротравме. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 9—10, 1941.

Каминский С. Д. и Пожарнйский Ф. И., Новый метод оказания скорой помощи при фосфорных ожогах. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 3, 1943.

Каплан А. Д., К вопросу об электроожогах грудной и брюшной полости, Хирургия, 8, 1942.

Каплан А. Д., К вопросу о методах определения состояния мнимой смерти при электротравме, Советская медицина. 3, 1941.

Каплан А. Д., Повреждения костей при электротравме, Хирургия, 1. 1941.

Кеймав С. М., Опыт лечения ожогоэ по способу Митте нер (таикин-с у ле новыми повязками), в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М„ Медгиз, стр. 152—155, 1943.

Комов, Новое средство для лечения ожогов, Новый хирургический архив, 49, 1941.

Кряжева В. И., Наш метод лечения ожогов. Советская медицина, 7—8, 1943.

Леоненко П. М., Фототерапия ожогов, Хирургия, 3, 1942.

Лубо В. К., Новый метод лечения ожогов порошкообразными веществами. Военно-морской врач, 5—6, 1942.

Митрофанов П. П., Местное лечение ожогов гипсом, Казанский медицинский журнал, 1, 1941.

Основах Б. Л. и др„ Опыт лечения термических ожогов, Хирургия, II—12, 1941. Библиография.

Ознобищев В., Первая помощь при ожогах. За оборону, 7—8, 1944.

Павленко С М., Применение пантокрина для лечения термических и химических ожогов, Хирургия, 5, 1944,
Па ль мо в В. А., Лечение ожогов в амбулаторной обстановке, Казанский медицинский журнал, 1, 1941.
Пальмов В. А., Переливание крови при ожогах, в кн. Вопросы переливамия крови, Горький, стр. 305—309, 1941.
Петров Н. Н., Ожог», отморожения, электротравма, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 133—146, 194о.
Румянцев А. В., Реакция щитовидной железы на ожог, Бюллетень экспериментальной биология н медицины, 12, 1944.
Рывкина Д. Е-, Белковый .распад в тканях при ожогах, Бюллетень эксперимента ль. той биологии н медицины, 3, 1945.
Ростовский М., Оживление сердца после электротравмы, Наука и жизнь. Ц—12, 1944,
Созон - Я рошев и ч А. Ю. и др., .0 лечении ожогов. Вестник хирургии им. Грекова, 63, 1—2, 1943.
•Соколовский М. П., Коагулирующая терапия ожогов, ВСД, 10. 1942.
Тертеряи А. А., Термические ожоги л «х лечение. Азербайджанский [4] медицинский журнал, I, 1941.
Ты л ее И. М., Ки слот но-ще .точное равновесие пои ожогах, в кн, Тезисы докладов 2-й научной конференции Куйбышевской военно-медицинской академии, Куйбышев, стр. 48. 1941.
Федорович Д. Л,, 'Переливание крови при ожогах, Советская медицина, 9, 1943.
Циркуненко К. М., Современные методы лечения термических ожогов. Фельдшер я акушерка, 4, 1943.
Чернова К. С., Некоторые предложения по лечению ожогов, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 2, Л., стр. 138—**139, 1943.**
Шагал 3. И., О лечении ожогов и долго не заживающих язв присыпкой риванола, в кн. Сборник работ по военно-полевой и общей хирургии, посвященный XXX-летИ1Ю научной деятельности А. В. Смирнова, Л„ стр. 65—66, 1944.
Шейжеман С. С„ Лечение ожогов во фронтовом районе. Хирургия, 12, 1944.

•

(Продолжение следует)

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ ОБЗОР ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

1. ТЬе МИИагу Зиг^еоп, УО! 98, № 1, Эапиагу. Военный врач (США), т. 98, № 1, январь 1946 [Е.]

Е. С г а п **а** I. Улучшенная техника местной профилактики гонорреи, стр. 25—27, 1 рис. Применение 1% раствора протаргола в количестве до б см* с удерживанием раствора в уретре в течение 5 минут посредством ■прикры-зання яг|руж|яого отверстия **ее** концом пальца дало хорошие результаты: из 10 470 человек, пользовавшихся этим способом профилактики; заболели гочорреей 34 человека.

Х Н. НибсПезоп ап(1 Н. Б. Согбоп, Переломы и другие повреждения позвоночника, обнаруженные при рентгеновском исследовании до и после электротоковой терапии, стр. 38—39. Приведены данные обследования 252 больных. Изменения позвоночника у 103 больных (42,4%). Переломы после электротоковой терапии обнаружены у 17 человек, у одного из которых перелом позвонка имелся до лечения.

Ь. КозепЬаит. Значение поваренной соли (Г4дС1) при высокой температуре воздуха, стр. 43—47. Приведена литература — 9 названий. Автор определял содержание хлористого натрия в крови 65 человек, находившихся в пустыне в Калифорнии при внешней температуре около 49° С. У 20 человек был тепловой удар, или тепловое изнурение, или судороги; эти больные получали ежедневно по 4 г хлористого натрия; содержание этой соли в крови было 413—528 мг%, в среднем 430 мг%. Другие 20 человек, остававшиеся здоровыми, также получали по 4 г хлористого натрия ь день; содержание этой соли в крови было у них 421—561 мг*/», в среднем 467,9 мг?/е. Третья группа из 25 человек не получала дополнительной дозы соли; содержание хлористого натрия в крови у них было 400—524%, в среднем 477,8 мг%. Таким образом, содержание хлористого натрия оставалось близким к нормальному (450—500 мг%). несмотря на чрезвычайно обильное потоотделение, и наступление тел.нового удара- или теплового истощения не может быть объяснено только недостатком хлоридов э крови. Выделение хлоридов с мочой не определялось, содержание хлорндоз в тканях тела оставалось неизвестным.

Р. Р. Неззег ап б М. СоНал 6, Влияние прокаина на свойство пенициллина угнетать рост микробов, стр. 47—48. На основании лабораторных исследований авторы заключают, что применение для растворения пенициллина 1% раствора прокаина вместо дистиллированной воды не изменяет заметао бактериостатических **свойств пенициллина.** [1]

Отчет гражданской консультационной комиссий по обслуживанию ампутированных военнослужащих, стр. 52—67. Обзор организации протезной помощи ампутированным, заключения по обследованию хирургического лечения, физиотерапии, трудотерапии, обучению и переквалификаций; характеристика протезов. Отмечено, что общее число ампутированных военнослужащих было меньше 14 000.

2- ТЪе ВиИеНп о! 1Ье II. 5. Лгту МегНса! Вераг1теп1, уо!. 5, № 1, |апиагу. Бюллетень Медицинского департамента армии (США), т. 5, № 1. январь 1946.

Ь. А. КапГг, Р. 3. Во1зуег(а п *4* V/. АУ. $р!пк, Протнвострептококкокые противотела, стр. 40—42. На основании своих исследований авторы считают определение титра аитистрелтолнзипа в крови имеющим большое значение для выявления стрептококковой инфекции в войсках.

V, Ь. Наг1, Применение уравновешенного подвешивающего аппарата при переломах бедра, стр. 57—63, 2 рис. На основе механических и физиологических принципов предлагается заменить прежнюю программу физиотерапии при тугоподвижноеги колена программой перевоспитания мышц посредством уравновешиваемых механических алпаоатоз.

Н. А. Нагрет, Уход за парализованным к больными в отношении питания, стр. 63—67. Приведена! литература — 8 названий. О .важном значении применения принципа достаточного витания с проверкой количества белков крови при формуле Эльмана: потребность в белках = *—> “2^ где:

А—-нормальная концентрация се рум-альбумина в граммах на 100 см’ (принимается за 4,6), 5*А* — фактическая концентрация серум-альбумина в крови больного в граммах на 100 см’, IV—вес тела больного в граммах, *К,* — обратная дробь удержанного азота пищи, K_2—минимальная суточная потребность в эндогенном белке (обычно 25 г белка); <У — число дней, в которое предполагается выправить белковое истощение.

Е. М. 1гоп$ а п 4 СЬ. А.'АгтЬгиз! 3 и гг, Клиническое течение лихорадки цуцугамучи и реакция В ей ль-Феликса, стр. 85—95, 6 таблиц диаграмм. Приведена литература — 16 названий.

Положительная реакция Вейль-Феликса наблюдалась в 86*/в случаев заболевания лихорадкой цуцугамучи. Через 2 месяца от начала заболевания реакция Вейль-Феликса наблюдалась лишь у 48®/в выздоровевших. Диагностическое значение реакции при данной болезни неопределенное.

3, Лоигпа! о! 1Ье Роуа1 Агту Меб)са1 Согрз, УО1. **86, № 1—5,)апиагу—тау. Журнал английской военно-медицинской службы, т. 86, № 1—5, январь—май 1946.**

№ 1, январь

Ч. XV. С и 5 Ь I п я. Обзор деятельности изоляционного поенного госпиталя в Эддерштате за 1939—1945 гг., стр. 12—19. Приведена литература — 4 названия.

За указанный период через госпиталь прошло 8 500 больных различными инфекционными болезнями, в том числе 4 196 — краснухой, I 116—корью, 1094—свинкой, 857 — скарлатиной, 425 — дифтерией, 75 бациллоносителей по дифтерии, 263 — по септицемии (12) н менингиту (251). Кроме того, 403 больных чесоткой и 307 больных различными не остро инфекционными болезнями, которых отправили в соответствующие госпитали.

Е. Н. ТЬыягаьТ, О работе медицинского консультационного отдела, стр. 35—37. Опыт истребления комаров в хижине туземцев посредством распыления ГОГ в количестве 56.4798 мг на< 1 кв. фут, растворенного в керосине. Через 3 месяца после обработки в хижине не находили ни одного живого комара. -(Все обитатели хижины в первые дни после ее обработки находились в госпитале вследствие отравления керосином).

О. О. М а у п е, Применение пенициллина ® 100 случаях раннего сифилиса, стр. 38—41, 2 диаграммы. Приведена литература — 6 названий. Лечение состояло в ' 60 внутримышечных инъекциях пенициллина по 40 000 единиц в течение 74» дней через каждые 3 часа днем н ночью; общее количество пенициллина в каждом случае было 2 400 000 единиц. Трепонемы исчезли из поверхностных изъязвлений через 9—12 часов после первой инъекции. Полное излечение наступило в среднем через 12,8 дня; в 2 случаях — раньше 7*/з дней.

№ 2, февраль

И. С. Б е М о п I, Борьба с насекомыми в лагере на о. Ямайка в феврале — октябре, стр. 47—54. Для истребления насекомых применялся 5% раствор ПОТ в керосине. Раствор действует эффективнее, если приготовляется в течение 4—5 дней, причем

желательно, чтобы сосуд с керосином находился на солнечном свете. Распыление раствора производилось в помещениях различного назначения. Повсюду, где было множество клопов и тараканов, эти насекомые были уничтожены и не появлялись в течение 5—6 месяцев. Действие на комаров и мух было слабое и непродолжительное. Насекомые, на которых попадал раствор, погибал» немедленно от действия керосина. От остаточного действия ПОТ насекомые погибали через несколько часов. ОПТ 'нельзя считать заменяющим обычные санитарные я противомаляоийные меры. Раствор применялся а количестве около 50 см' на 1 м^{г} поверхности стеи, что соответствует 2,25—2,5 г ОПТ на 1 м*.

М. Ну пез ап б Н. кектапп, Быстрый способ обнаружения анемии, стр. 55—57. Приведены 2 литературных источника. Установление настичия анемии производилось посредством наблюдения за отношением капли крози к раствору сернокислой меди удельного *веса,* соответствующего весу крови, содержащей указанное ниже количество гемоглобина. Капли крови из тонко оттянутого конца пипетки, опущенной ® раствор на 2 см ниже поверхности его, выпускают в раствор, наблюдая, падает или поднимается капля. Следует делать пробу очень быстро, так как через 15 секунд все капли тонут. После того как в пробирку в общем выпущено 100 капель крови, надо менять раствор.

Содержание в граммах на 100 мл крови	Удельный вес цельной крови	Вес Си5О4>5Н,О в г для 100 мл раствора
4	1,033	5,15
6	1,038	6,08
8	1,044	6.79
10	1,047	7,36
11	3,049	7,62
12	1,050	7,88
13	1,052	8,15
14	1,054	8,44
15	1,056	8,76
16	1,058	9,12

1В доноры допускаются лица, у которых в 100 мл крови содержится не менее 14 г гемоглобина.

С. к. О в у, Е. А. XV о о б апб XV. Р. капе, Вспышка трихиноза средн немецких военнопленных, стр. 58—63. Указаны 3 литературных источника. В лагере военнопленных немцев в Северной Ирландии в мае 1945 г., где находилось около I 200 немцев, наблюдалось 705 случаев трихиноза, в большинстве легких; госпитализация потребовалась в 88 случаях. Заражение происходило вследствие того, что многие немцы елн сырые сосиски, которые доставлялись как для военнопленных. так н для английских войск; среди последних заболеваний трихиноза не было ■возсе. Один из больных немцев умер.

А. XV. 8. ТИотрзоп, Борьба с малярией в маневренной войне, стр. 109—126, 3 рис. Описаны профилактические мероприятия, благодаря которым заболеваемость малярией (первичная) в 8-й армян упала по отношению к числу раненых с 2:1 в 3-м квартале 1943 г. до 1 :16,4 во 2-м квартале 1945 г. (12532 заболевания и 6 415 раненых в первом периоде н 600 заболеваний и 6 210 раненых — во втором). Весьма эффективным оказалось применение БГ>Т и парижской зеленя для опыления с самолетов, с недельным расходоваиием 45^{1}/* л 5'/о 'раствора ОПТ в керосине и 20 т парижской зелени.

№4, апрель

Все оригинальные статьи этого номера содержат описание наблюдений заболеваний в лагере военнопленных англичан в Сиаме, где японцы содержали взятых В плен в Сингапуре.

№ 5, м а й

Л. М а г к о «11 г, Переливание дефибрипированной крови в лагере военнопленных в Тая (Сиаме), стр. 189—197.

В крайне тяжелых условиях содержания японками пленных англичан было произведено 3 800 переливаний крови. Подробный отчет составлен о I 553 переливаниях дефибрннированнон крози и 149 переливаниях цитратной юрови посредством импровизирова много аппарата, преимущественно при различных заболеваниях.

К. Л В1аскйат, Полевая медицинская служба американской армии, стр. 201—207. Автор, видный английский военный врач, наблюдал организацию военно-медицинской службы в войсках северо-американской армии, находившихся ла европейском театре военных действий, и дает детальное описание организации этой службы, отмечая отличие ее от английской.

И. Рог пег. Парашютисты, стр. 208—217. Краткие сведения о развития парашютной службы. Отбор людей для парашютной службы. Рассмотрение факторов, влияющих на степень опасности прыжков с парашютом. Отказ от парашютной службы во время 4 стадий обучения (на земле и при I—9 фактических спусках на парашюте) и причины отказа. Обсуждение причин различной степени аварийности при парашютных прыжках средн лиц различной национальности.

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Редактор *Н. И. Завалишин* **Техн, редактор *А. Ф. Аксенов***

Издается с 1823 г. А 01010. Сдано в производство 12/У 1947 г. Подп. к печати 23/У1 1947 г. Форм, бум. 70 Х 1О8'/1в- П. л. 4,0. Уч.-изд. л. 6,10. В 1 печ. л. 65 000 зн. Тир. 8800 экз. Цена 2 р. Заказ 279

13-я тип. треста .Полиграфккнга' ОГИЗ при Совете министров СССР Москва, Денисовский, 30

К ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Генерал-лейтенант мед. службы проф. Н. Н. Елан ск и й. К истории организации производства хирургического инструментария в России 50

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. М акаров. Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны (1941—1945) 58
Доктор мед. наук Л. М. Старока до мск и й. Библиографический обзор иностранных журналов 61

ГРОМ Г НЕ Н15ТОКГ ОР **1Г4/?** *МЕО1С1ЫЕ*

Ыеи(епап1-Сепега1 о(Ме<11са1 5ег-у(се Рго(. М. М 1 е I а п з к у. То И»е Н18(огу о(Ог^апиаПоп о! (йе 5иг§1са1 1п5(пнпеп(а1 1о(1и-8 (ту (□ Киз81а..... 50

вшиооиАРНУ

Со1оое1 о((Ье МеЙ1са1 Бегукез I. О. МакагоУ. В|Ы1озгар11у оп №аг Ме<Яс1пе Оиппу (Ье Геагз о((Ье Сгеа(РаСпоИс Фаг (1941 — 1945)..... 58
Оос(ог о! МесИса! 8с(епсе5 Б. М. 8 I а-гокайотзку. В^Ыю^гарЫс Яеу1ечг о! Еоге^п)оита1з . . 61

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

7

ИЮЛЬ

МЕДГИЗ · 1947

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Редактор
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН
Секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

Ж22

7

ИЮЛЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ—1947—МОСКВА

Полковник мед. службы канд. мед. наук Н. БУНКИН

ПОВЫСИТЬ УРОВЕНЬ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ОБЛАСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

„. . . Опыт показал, что современная война требует от войск высоких боевых и моральных качеств, хорошей военной и политической подготовки, умелого владения боевой техникой, надежного взаимодействия и большой физической выносливости. . .“

(Из приказа Министра Вооруженных Сил СССР)

Развитие боевой техники неизмеримо повысило значение всесторонней физической подготовки личного состава войск. Солдат и офицер современной армии должны быть ловкими, быстрыми, сильными и выносливыми. От физической подготовленности личного состава армии и флота в значительной мере зависит успех боевой учебы.

Медицинская служба обязана непосредственно участвовать в организации физической подготовки личного состава в своей части и тем самым способствовать укреплению здоровья солдат и офицеров и успеху их боевой подготовки.

Между тем в ряде частей и военных учебных заведений медицинский контроль за физической подготовкой поставлен неудовлетворительно. Крупнейшей и, к сожалению, наиболее часто встречающейся ошибкой является узкое толкование работы, непонимание той простой истины, что медицинский контроль — действенный процесс, позволяющий врачу активно воздействовать на организацию дела. Молодые врачи некоторых частей, не имея достаточного опыта войсковой работы в мирных условиях, слабо знают свои задачи в области физической подготовки, не всегда участвуют в разработке соответственных мероприятий, плохо организуют систематический контроль за санитарно-гигиеническими условиями проведения физической подготовки, нерегулярно наблюдают за физическим состоянием личного состава. Бывает, что вся работа медицинской службы в данной области сводится к эпизодическим медицинским осмотрам участников спортивных соревнований и другим случайным мероприятиям, проводимым в отрыве от общей лечебно-профилактической деятельности медицинской службы в части.

Физическое состояние личного состава войск в послевоенный период настойчиво требует резкого улучшения работы медицинской службы в области физической подготовки. В основе медицинского контроля за физической подготовкой лежат два ведущих принципа: 1) широкое использование средств и методов физической подготовки для тренировки и укрепления здоровья всего личного состава части; 2) предупреждение возможного вреда здоровью и снижения работоспособности в результате отдельных нарушений правильной методики тренировки.

Основной формой медицинского контроля за физической подготовкой является активное участие врачей в планировании всей работы, в частности, в разработке мероприятий по закаливанию, планов проведения зарядки, тренировок, занятий с солдатами, отстающими в физи-

ческом развитии, занятий с офицерским составом, массовой спортивной работы, подготовки к испытаниям по комплексу «ГТО», календарей спортивных соревнований и т. п. Это имеет большое принципиальное и практическое значение, так как даже при самой лучшей постановке медицинского контроля только за условиями занятий и состоянием личного состава без учета санитарно-гигиенических требований в начальной стадии организации физической подготовки никогда не удается полностью устранить все дефекты физической подготовки.

При этом планировании необходимо учитывать местные климатические и географические условия, характер боевой подготовки и все данные медицинской службы о состоянии отдельных групп личного состава части, режиме его работы и отдыха, условия жизни, питания и пр. Весьма важно, уже во время планирования, достигнуть взаимного понимания между врачом и офицерами — практическими организаторами физической подготовки. В этом залог успеха всей работы.

Важной формой медицинского контроля за физической подготовкой является также постоянное наблюдение за санитарно-гигиеническими условиями ее проведения.

Предметом медицинской оценки при этом должны быть: общая обстановка занятий, физиологическая нагрузка на занимающихся, степень и последовательность выполнения принятых программ тренировки, соблюдение занимающимися отдельных гигиенических правил (например, правильное дыхание при выполнении гимнастических упражнений, уход за ногами и питьевой режим на марше, согревающие движения после купанья в прохладную погоду и т. п.). Особое внимание должно уделяться мерам, предупреждающим травматизм при занятиях (последовательность при изучении сложных упражнений, взрыхленность почвы в ямах для прыжков, предупреждение возможности ушиба и падения во время упражнений на снарядах и др.). В борьбе с травматизмом большое значение имеет правильно организованный учет и анализ его причин.

Медицинский контроль за условиями занятий по физической подготовке должен быть постоянным, а не эпизодическим. Врачи, фельдшеры, санитарные инструкторы обязаны систематически присутствовать на всех занятиях. При этом следует помнить, что фельдшеры и санитарные инструкторы сумеют правильно решать поставленные им задачи лишь в том случае, если будут знать методику контроля применительно к различным формам занятий (закаливание, зарядка, уроки, маршевая подготовка и др.).

Очень важно оперативно использовать результаты медицинского контроля за условиями занятий по физической подготовке. Нужно добиться, чтобы все недочеты санитарно-гигиенического характера, отмеченные медицинским составом, устранялись немедленно. Если это невозможно, о них нужно своевременно докладывать по команде.

Для учета посещения занятий по физической подготовке медицинским составом и делаемых замечаний рекомендуется завести в подразделениях специальные тетради. Третья форма медицинского контроля — систематическое наблюдение за физическим состоянием личного состава.

Данные периодических углубленных обследований и ежемесячных медицинских осмотров личного состава части помогут правильно разработать планы и программы тренировок и пр. Это особенно важно в отношении лиц, отстающих в физическом развитии. Для некоторых из них потребуется определенная индивидуализация нагрузки и даже изменение всего характера физической подготовки. Как известно, все лица, отстающие в физическом развитии, вообще нуждаются в особом медицинском наблюдении. Тем более оно необходимо для правильной организации их тренировки.

В дальнейшем повторные углубленные обследования и ежемесячные

медицинские осмотры позволяют выявить динамику изменений в физическом состоянии личного состава. Получаемые при этом данные отражают общее «суммарное» воздействие военной службы на физическое состояние солдата, причем физическая подготовка является лишь одним из слагаемых. Для «изолированного» изучения и оценки влияния физической подготовки необходимо организовать специальные наблюдения. Например, для выяснения воздействия марша можно организовать наблюдение за физическим состоянием личного состава контрольного подразделения (взвод, рота). То же следует сделать с группами готовящихся к спортивным соревнованиям, занимающихся отдельными видами спорта и даже с участниками отдельных занятий.

Методика исследования зависит от задач его, условий проведения, подготовки медицинского состава и наличия оборудования. Так, при изучении влияния тренировки могут быть применены измерение веса, спирометрия, измерение кровяного давления, функциональная проба сердца и другие методы. При наблюдениях на отдельных занятиях следует широко применять оценку физического состояния по внешним признакам утомления (дыхание, окраска кожи, потливость, характер движений), подсчет пульса, учет отставших или закончивших марш в состоянии сильного утомления.

Необходимо добиться, чтобы этими простыми методами оценки физического состояния практически овладели не только фельдшера и санитарные инструктора, но и офицерский состав подразделений, непосредственно руководящий занятиями.

Организуя любое наблюдение или исследование, связанное с изучением физической подготовки, нужно подробно учитывать тактические условия и технические результаты уроков по физической подготовке и всех других факторов (общего режима работы и отдыха, организации питания и пр.). Для правильной постановки медицинского контроля за физическим состоянием личного состава весьма большое значение имеет своевременная информация командования о результатах врачебных наблюдений и деловое обсуждение вытекающих из них практических выводов. Для этого необходима тесная связь врачей с офицерским составом. В процессе деловой связи врачи части смогут на конкретных примерах разъяснять офицерам многие практические вопросы, касающиеся физиологии и гигиены физической подготовки, вести пропаганду научных основ ее и научной методики. Весьма желательна также организация с этой же целью лекций для офицеров по общим вопросам научных основ физической подготовки и докладов на темы, посвященные итогам медицинского контроля за физическим состоянием личного состава, за санитарно-гигиеническими условиями занятий и др.

Успех физической подготовки, как и всех других видов боевой подготовки, зависит от сознательного отношения солдата и матроса к своим обязанностям. Пробудить сознательное отношение рядового состава к физической подготовке, добиться, чтобы каждый понимал основные методические и санитарно-гигиенические требования — одна из важнейших задач пропагандистской работы медицинской службы. Эту пропаганду обязаны повседневно вести врачи, фельдшеры, санитарные инструкторы. Форма пропаганды — специальные беседы и беседы «на коротке» — в перерывах между занятиями, на привалах, в свободное время. Темы для таких бесед всегда можно почерпнуть здесь же на занятиях.

Беседы могут касаться и более общих вопросов: что дает солдату физическая подготовка в целом или ее отдельные средства — закаливание, гимнастика, плавание и др.; зачем проводятся и что дают зарядка, уроки физической подготовки; какую пользу приносят занятия спортом и т. д. Наравне с этими темами беседы могут проводиться и по частным вопросам. Солдатам надо разъяснить, как правильно дышать при

беге, гимнастике, плавании и почему это нужно; как применять согревающие упражнения после купанья в прохладную погоду; в чем значение правильного питьевого режима на марше и т. д. Во всех случаях, когда только это возможно, разъяснения должны сопровождаться показом. Как можно шире нужно использовать для пропаганды печать части — стенные газеты, многотиражки. Темы для статей и темы заметок—практика физической подготовки данного подразделения или части.

Было бы большой ошибкой ограничить содержание пропагандистской работы вопросами гигиены физических упражнений. Пропаганда должна охватывать все средства физической культуры и физического воспитания, вопросы личной и общественной гигиены солдата и сопровождаться систематической проверкой соблюдения приобретенных навыков.

Таким образом, работа медицинской службы в области физической подготовки неразрывно связана с ее общей профилактической работой.

Советские Вооруженные Силы вступили в напряженный период летней учебы. Характер летней боевой подготовки и большой удельный вес в ней физической тренировки значительно повышают общую нагрузку личного состава.

Вместе с тем пребывание войск в лагерях, как правило, в здоровой природной обстановке, делает летний период особенно благоприятным для развития работы по физической подготовке.

Все это определяет исключительную важность медицинского контроля за физической подготовкой в лагерном периоде обучения войск.

Из всех средств физической подготовки закаливание ближе всего к компетенции медицинской службы. Поэтому врач должен не только активно участвовать в разработке мероприятий по закаливанию в части, но быть и организатором. Необходимо в полной мере использовать для закаливания такие мероприятия, как купанье, зарядка в облегченной одежде, обнажение тела во время некоторых учебных занятий и ряда работ и т. д.

Задача медицинского контроля за закаливанием состоит в том, чтобы обеспечить бесперебойное осуществление намеченных мероприятий в течение всего времени пребывания войск в лагере и, следовательно, преемственность мероприятий по закаливанию в летний и зимний период боевой подготовки.

Большое значение имеет работа с физически отстающими солдатами. Крупнейшую ошибку совершают те войсковые врачи, которые всех солдат из этой группы безоговорочно освобождают от всех видов физической подготовки. Необходим индивидуальный подход, основанный на анализе причин физического отставания того или иного солдата. Полное освобождение от физической подготовки по медицинским показаниям может быть лишь временным и касаться небольшого количества лиц, недавно перенесших тяжелое заболевание. Ведущими принципами в работе с отстающими должны быть ограничение нагрузки и индивидуализация режима работы, отдыха и питания.

Солдат, отстающих в физическом развитии, следует для зарядки и на уроках по физической подготовке по возможности сводить в отдельные группы. Если же они занимаются в составе подразделений, можно ограничивать их нагрузку (уменьшая число повторений упражнений или даже освобождая от выполнения наиболее трудных, снимая все снаряжение во время марша), организовать специальные тренировочные занятия и т. д. Опыт работы запасных частей в период Великой отечественной войны показывает, что систематическая тренировка, при которой используются специально подобранные силовые и скоростные упражнения, дает хорошие результаты. При оценке физического состояния этих групп солдат наравне с медицинскими показателями следует учитывать технические результаты занятий.

Известно, что при марше энергетические затраты солдата сильно возрастают. Вместе с тем при марше вырабатывается важнейшее качество солдата — общая выносливость. Участвуя в разработке планов и программ маршевой подготовки, медицинская служба должна добиваться планомерного использования всех видов физической подготовки, помогающих тренировке в марше. Сюда относятся зарядка, проводимая в форме втягивания в ходьбу и бег, различные пешие переходы, спортивные игры и состязания (особенно кроссы).

Большое внимание нужно уделить выработке правильного дыхания и шага, правильной техники ходьбы и бега в различных условиях рельефа местности и грунта, настойчиво прививать солдатам гигиенические навыки, необходимые в походе.

Значительно более активной, чем сейчас, должна быть роль медицинской службы в организации массовой спортивной работы. Необходимо вовлечь в нее возможно больше личного состава части. В массовой спортивной работе, при определенных условиях организации ее, могут участвовать даже отстающие в физическом развитии.

Однако, добиваясь количественного роста спортивной работы, медицинская служба должна главное внимание сосредоточить на качественной стороне дела. Нужно, чтобы расписание спортивной работы было рационально связано с общим режимом и расписанием боевых занятий, чтобы была обеспечена достаточная тренировка для готовящихся к сдаче норм по комплексу «ГТО» и к спортивным соревнованиям. Все это — важные вопросы, мимо которых не может пройти медицинская служба. Медицинский контроль за физическим состоянием лиц, занимающихся спортом, имеет ряд особенностей.

Врач должен помочь в выборе того или иного вида спорта каждому, желающему заняться им, установить режим занятий и характер тренировки. Исходные материалы для такой рекомендации дают данные общего наблюдения за физическим состоянием военнослужащего (периодические углубленные обследования рядового состава, диспансеризация офицеров, ежемесячные медицинские осмотры). Там, где система этого наблюдения поставлена хорошо, врач найдет в медицинской книжке военнослужащего все данные, необходимые для заключения. В отдельных случаях, когда речь идет о рекомендации спортивных занятий солдату с некоторыми дефектами в состоянии здоровья или офицеру старше 35 лет, перед началом систематической спортивной тренировки необходимо произвести специальное медицинское обследование. При этом обследовании важно собрать «спортивный анамнез», а также использовать такие методы исследования, как функциональная проба сердца. Нельзя ограничиться первичным осмотром начинающих заниматься спортом, нужно регулярно наблюдать за их физическим состоянием в процессе тренировки, особенно лиц, имеющих отдельные дефекты в физическом состоянии. Регулярного наблюдения требуют и лица, ведущие систематическую тренировку к спортивным соревнованиям, связанным с большой нагрузкой. Наблюдения могут проводиться в форме периодических специальных обследований и осмотров спортсменов, а также путем оценки влияния отдельных тренировочных занятий. Важнейшим дополнением к врачебному наблюдению является самоконтроль, т. е. наблюдение самих спортсменов за своим самочувствием и физическим состоянием. В число методов самоконтроля входят: ведение дневника тренировки (запись тренировок, их характера, технических результатов), запись данных о самочувствии (сон, аппетит, работоспособность), систематическое измерение веса, спирометрия, динамометрия. Пропаганде самоконтроля, обучению спортсменов его методике, а также технике ведения дневников необходимо уделять большое внимание. Правильно организованный самоконтроль имеет большое воспитатель-

ное значение. Он прививает спортсмену культурное отношение к своему здоровью и к занятиям спортом.

Последний момент медицинского контроля за занятиями спортом — заключение врача о допуске спортсмена к спортивным соревнованиям. К сожалению, в ряде случаев заключение дается чисто формально. Нужно понять, что любое спортивное соревнование является практическим подведением итогов определенной тренировочной работы. Не без оснований по результатам соревнований судят о постановке всей спортивной работы в части. Любое спортивное соревнование связано с большой физиологической нагрузкой и общим нервным и физическим напряжением спортсмена. Поэтому не всякого записавшегося в ту или иную спортивную секцию и участвовавшего в нескольких, порой случайных, тренировках можно допустить к соревнованиям. Этот вопрос в каждом отдельном случае решается особо, в зависимости от индивидуальной, физической и технической подготовленности участника, причем физическое состояние, конечно, имеет первостепенное значение.

Врач не сможет дать полноценного заключения о допуске к соревнованиям, если будет основывать его только на формальном, часто поверхностном, медицинском осмотре солдата — участника соревнования. Для правильного заключения необходимо систематическое изучение физического состояния каждого спортсмена, а равно учет фактически проведенной тренировки. Лишь в этом случае врач будет располагать крайне важными для заключения данными — показателями динамики физического состояния обследуемого и функциональной способности его организма.

Нет нужды перед массовыми соревнованиями подвергать специальному медицинскому осмотру поголовно всех участников. Следует лишь внимательно просмотреть данные углубленных обследований физического состояния личного состава части, ежемесячных медицинских осмотров и наблюдений при тренировке, проверить списки всех солдат, физически отстающих, а равно лиц, имеющих те или иные дефекты в состоянии здоровья. Допускать всех этих лиц к соревнованиям нужно особенно осторожно. Специальный медицинский осмотр перед соревнованиями групп личного состава, отстающих в физическом развитии, не вполне здоровых, а равно лиц в возрасте старше 35 лет следует считать обязательным.

Кроме того, давая заключение о допуске к спортивным соревнованиям, врач обязан проверить, кто прошел достаточную подготовку. Эта последняя мера особенно необходима в связи с встречающимся в практике некоторых частей порочным приемом «аврального» выполнения плана соревнований, сдачи испытаний по комплексу «ГТО» и других массовых мероприятий без всякой подготовки к ним.

Задачи в области физической тренировки войск настойчиво требуют улучшения деятельности войсковой медицинской службы на этом ответственном участке работы. Решающее значение здесь имеет организация дела. В первую очередь необходимо повысить знания войскового медицинского состава в области организации и методики медицинского контроля за физической подготовкой.

Занятия по этой теме, проведенные в порядке специальной подготовки медицинского состава в гарнизонах и лагерях, должны положить начало этой работе. Знания и навыки, полученные на этих занятиях, нужно закреплять и углублять на практической работе в частях.

Надо научить войсковой медицинский состав работать в области физической подготовки, показать, как составлять планы, как учитывать условия расположения и особенности боевой подготовки части, разъяснить, в чем заключаются обязанности врачей, фельдшеров, санитарных инструкторов в этой области, на что врачу следует обратить внимание

в разработке мероприятий по закаливанию, планов занятий с физически отстающими, программ маршевой тренировки и т. д.

Нельзя серьезно надеяться на действенность медицинского контроля за физической подготовкой, если медицинский состав, осуществляющий контроль, не будет иметь достаточного представлениея о самой сущности физической подготовки, ее средствах и методах. Одного «теоретического» понимания мало. Нужны практические знания. Самый верный путь решения этой задачи — личное участие медицинского состава, и прежде всего врачей, в занятиях по физической подготовке и спортом. Для руководства медицинским контролем за физической подготовкой в войсковых частях следует выделить специальных врачей. Но это не освобождает, конечно, весь остальной медицинский состав части от участия в контроле.

Врач, выделенный для руководства медицинским контролем, разрабатывает планы этой работы, представляет их на утверждение своему медицинскому начальнику, инструктирует медицинский состав по организационным и методическим вопросам, проверяет работу медицинского состава в области физической подготовки. Непосредственно же медицинский контроль за физической подготовкой, конечно, осуществляется всем медицинским составом части.

Большую роль в организации дела призваны сыграть окружные инспекторы по медицинскому контролю за физической подготовкой, а также специалисты-начальники отделений лечебной физкультуры гарнизонных госпиталей. Регулярное посещение частей врачами-специалистами по лечебной физкультуре для консультации и практического инструктажа войсковых работников — столь же необходимое и актуальное дело, как и работа в войсках других госпитальных специалистов.

Не приходится доказывать, как много практически это даст для улучшения постановки медицинского контроля за физической подготовкой.

★

Проф., доктор мед. наук В. П. ЯРОСЛАВСКИЙ

ОБ ОСТАНОВКЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВНУТРЕННЕЙ ЯРЕМНОЙ ВЕНЫ ПРИ ВЫСОКОМ РАНЕНИИ

Остановка кровотечения из яремной вены лигированием ее на протяжении обычно не представляет трудностей. Нужна лишь крайняя осторожность для предотвращения воздушной эмболии при работе на вене. Но когда во время операции обнаруживается, что вена ранена у самого выхода ее из яремного отверстия, положение хирурга кажется безвыходным: перевязка вены выше места ранения невозможна. Мне известен случай такого ранения, когда очень опытный хирург в госпитале, в котором работал и я, пытался при таком ранении остановить кровотечение различными приемами: тугой тампонадой, ушиванием мягких тканей у места ранения, пломбировкой яремного отверстия воском. Кровотечение упорно возобновлялось, и раненый погиб.

В 2 случаях такого ранения я применил метод, который, насколько мне известно, в литературе не описан и который дал прекрасный результат. После длительных и безуспешных попыток остановить кровотечение на месте ранения я тут же произвел трепанацию сосцевидного отростка по типу мастоидотомии, не вскрывая антрума, обнажил сигмовидную пазуху и ввел марлевый тампончик между стенкой пазухи и костью. Кровотечение тотчас же прекратилось.

Как известно, такой метод тампонады применяется в отиатрии при синустромбозе, когда желательно вскрыть синус без кровотечения из

него (при пристеночном тромбе, тампонада по Майер-Уайтингу). В этих случаях стенку синуса обнажают на достаточно большом протяжении и марлевые тампончики вводят между стенкой синуса и костью в двух местах — у верхнего и нижнего колена синуса. После такого сдавливания синуса с обоих концов вскрытие его бескровно. При ранении внутренней яремной вены достаточно прижать стенку синуса у одного конца его (предпочтительно у верхнего, так как книзу стенка синуса крепче спаяна с покрывающей ее костью и ее легче в этом месте надорвать). В обоих моих случаях кровотечение из яремной вены больше не возобновлялось, тампоны, введенные между стенкой синуса и костью, были удалены на 5—7-й день. Оба раненых выздоровели без каких-либо осложнений со стороны трепанационной раны на сосцевидном отростке.

Предлагаемый метод можно рекомендовать как метод выбора при высоких ранениях внутренней яремной вены.

★

Подполковник мед. службы проф. И. Л. КРУПКО

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ДРЕМЛЮЩЕЙ ИНФЕКЦИИ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Из кафедры ортопедии Военно-медицинский академии им. С. М. Кирова (нач. кафедры — генерал-майор мед. службы проф. С. А. Новотельнов)

Под дремлющей инфекцией надо понимать такое состояние, при котором ответная реакция со стороны макроорганизма на пребывание в его тканях жизнеспособных микробов, окруженных заградительной оболочкой, не всегда улавливается методами, доступными современной медицинской науке. Только в тех случаях, когда соотношение сил между микро- и макроорганизмом значительно меняется в пользу первого, происходит вспышка дремлющей инфекции с ясными клиническими симптомами.

Трудности распознавания дремлющей инфекции, безусловно, огромны, однако не непреодолимы.

Для диагностики дремлющей инфекции необходимы, во-первых, специальные наблюдения и, во-вторых, временное создание таких условий, при которых повышается жизнедеятельность микроба, его питание и размножение или ослабляются местные и общие защитные силы организма.

Выполнение второго условия сопряжено с определенным риском. Поэтому мы можем принять только такие «провоцирующие» методы, которые исключают возможность нанесения организму явного вреда.

Между тем значение предоперационной клинической диагностики дремлющей инфекции нельзя недооценивать. Нередко из-за наличия дремлющей инфекции остеопластические операции, выполненные технически блестяще и с соблюдением всех правил асептики, дают нагноения, которые уничтожают операционный эффект, а подчас влекут за собой и смертельный исход. Понятно, что поэтому непрерывно изыскиваются все новые и новые методы клинического выявления дремлющей инфекции.

Существующие методы распознавания дремлющей инфекции можно распределить на две группы: 1) методы, основанные на оценке данных клинико-рентгенологического обследования: а) анамнеза, б) пальпации, в) морфологии крови и РОЭ, г) местной крови, д) общей и местной температуры, е) рентгенографии, ж) сроков, прошедших с момента заживления раны; 2) методы, провоцирующие вспышку дремлющей инфекции: а) массаж и поколачивание рубцов, б) активная и пассивная нагрузка,

в) термические раздражения (применение грязи, глины, торфа, больших доз тепловых процедур, облучение кварцевой лампой, диатермия и т. д.), г) биологические раздражения (введение специфических вакцин, молока, собственной крови больного и т. д.), д) раздражающее облучение лучами Рентгена (проба Fründ), е) иссечение рубца.

Методы, основанные на оценке клинико-рентгенологического обследования

Тщательное собирание и оценка данных анамнеза имеют важное значение. Однако нередко эти данные настолько субъективны, что не могут быть использованы для выводов без риска впасть в заблуждение. Определенное значение имеют сведения об обострениях, происшедших после заживления огнестрельной раны, о местной реакции на травму, перенесенную инфекцию и т. п. Учитывать эти сведения необходимо даже в тех случаях, когда все провоцирующие мероприятия не указывают на наличие дремлющей инфекции.

Мы в 4 случаях игнорировали эти данные и во всех 4 случаях жестоко поплатились за это.

Случай 1. Е., 35 лет, ранен 11.II.1942 г. Сквозное ранение правого плеча с переломом плечевой кости. При первичной хирургической обработке раны удалено много костных отломков, вследствие чего образовался диастаз около 5 см. К концу 1942 г. оформился свищ в связи с развившимся остеомиэлитом конца центрального отломка. 18.V.1944 г. произведена операция секвестрэктомии. Рана зажила 8.VII.1944 г.

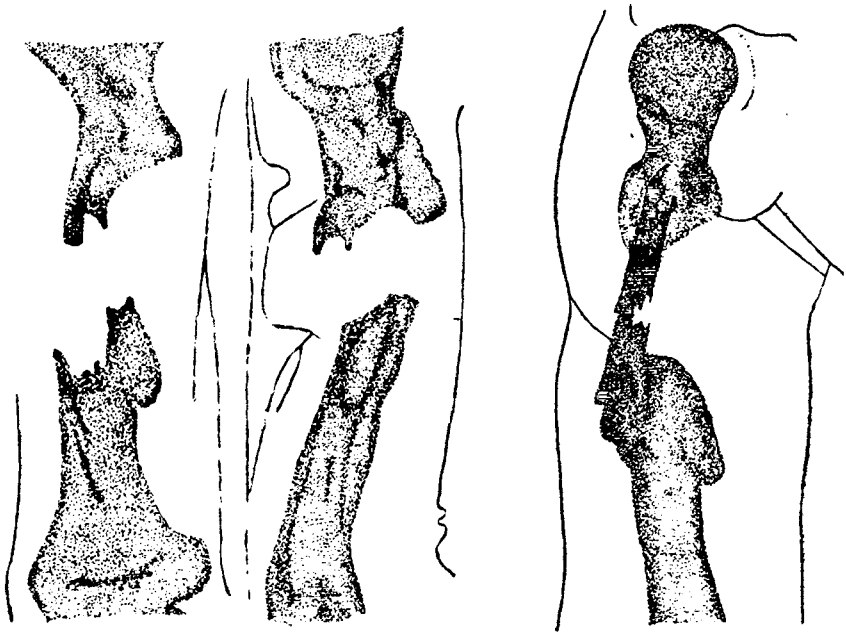


Рис. 1. Диагностика и терапия дремлющей инфекции в восстановительной хирургии. Больной Е., дефект плечевой кости после огнестрельного ранения

Рис. 2. Диагностика и терапия дремлющей инфекции в восстановительной хирургии. Тот же больной. Патологический перелом аутотрансплантата

В последующем больной периодически испытывал скоропроходящие боли на месте дефекта кости. В начале ноября 1944 г. в течение 3 дней отмечалась краснота и боли в области рубца. В клинику поступил 16.III.1945 г. с дефектом правой плечевой кости. Для провокации дремлющей инфекции применен массаж рубца, поколачивание, парафиновые апликации, облучение кварцевой лампой. Ни общей, ни местной реакции при этом не отмечено. Формула белой крови под влиянием провоцирующих мероприятий оставалась без существенных изменений. 11.IV.1945 г. при очередном анализе крови получены следующие данные: РОЭ 3 мм в час, л. 6 800; из них: п. 3%, с. 66%, э. 5%, лимф. 21% и мон. 5%.

12.IV.1945 г. произведено иссечение рубца как кожного, так и расположенного между костными отломками. Распространенность рубца не позволила удалить его полностью. Концы костных отломков освежены. Рана зашита. В посеве кусочка удаленного рубца микрофлоры не было. Рана зажила первичным натяжением.

На рентгенограмме (рис. 1): диастаз между отломками плечевой кости около 3 см; костномозговой канал на концах костных отломков закрыт; очагов деструкции не отмечается. 26.IV.1945 г. произведена операция остеосинтеза под эфирным наркозом. Разрез мягких тканей вне рубца. Выделены из рубцов костные отломки, вскрыт костномозговой канал; в расщепы, сделанные на концах отломков, при вытяжении по оси плеча вставлен костно-надкостничный трансплантат, взятый из большеберцовой кости больного. Тщательный гемостаз. Рана зашита. Наложена гипсовая повязка в положении бокового отведения и передней девиации плеча. С четвертого дня после операции температура до 39°. Гипсовая повязка разрезана. Резкая отечность и инфильтрация тканей на протяжении всего плеча и области плечевого сустава. На пятый день вскрыт наметившийся участок размягчения в области старого рубца и дан свободный отток гнойному отделяемому. Бактериологическое исследование показало наличие золотистого стафилококка. В дальнейшем образовался свищ, вследствие остеомиэлита трансплантата. К декабрю 1945 г. трансплантат спаялся с концами отломков плечевой кости, но ложный сустав все же не ликвидирован, так как произошел патологический перелом трансплантата (рис. 2). Операционная рана в области голени зажила первичным натяжением.

Этот случай весьма демонстративен. Он говорит о недостоверности провоцируемых мероприятий и необходимости учитывать анамнестические данные.

Во всей сумме диагностических методов некоторое значение имеет пальпация. Увеличение регионарных лимфатических желез должно настораживать исследователя — в подобных случаях возможно существование скрытого очага инфекции. К сожалению, определение болезненных точек в области рубцов не может служить веским критерием, так как очень часто их источником является нервный проводник, втянутый в рубец.

Многие авторы (Бом, Соловов, Гирголав и др.) придают большое значение исследованию крови, особенно формуле белой крови и РОЭ. Лейкоцитоз, моноцитоз, эозинопения, сдвиг формулы влево и повышенная РОЭ, по их мнению, указывают на незаконченность процесса. Мы постоянно производили исследование крови до и после различных провоцирующих мероприятий, но сделать определенные выводы не можем. Мы наблюдали нагноения при совершенно нормальной картине белой крови и низкой РОЭ, и в то же время в случаях со значительно повышенным числом лейкоцитов и ускоренной РОЭ послеоперационное течение раны проходило без всяких осложнений. Диагностическое значение РОЭ более чем сомнительно, ибо увеличение скорости оседания эритроцитов отражает белковый распад в организме безотносительно к тому, где и по какой причине он происходит.

Не большее значение имеют данные о морфологии периферической и местной крови, взятой из области подозреваемого очага дремлющей инфекции и соответствующих участков симметричной стороны.

Наши исследования показали, что обычно не отмечается сдвига формулы влево или заметного увеличения количества лейкоцитов в крови, взятой из подозреваемого участка, по сравнению с кровью из симметричного здорового участка и из пальца.

Случай 2. Г., 31 года, поступил в клинику с дефектом большеберцовой кости правой голени, резецированной по поводу огнестрельного остеомиэлита. Периодически отмечаются обострения. На рентгенограмме — очаговый остеопороз концов отломков кости. В промежутках между вспышками инфекция клинически ничем себя не проявляет. Исследованная в один из таких промежутков кровь дала следующую картину.

Формула крови, взятой из области очага дремлющей инфекции: л. 6 000; из них: э. 1%, п. 3%, с. 68%, лимф. 21%, мон. 7%.

Формула крови, взятой из соответствующего участка симметричной стороны: л. 6 200; из них: э. 2%, п. 2%, с. 68%, лимф. 21%, мон. 7%.

Формула периферической крови: л. 5 800; из них: э. 2%, п. 2%, с. 70%, лимф. 22%, мон. 4%; РОЭ 11 мм в час.

Через 3 недели после этого исследования, не показавшего какой-нибудь разницы между данными крови, взятой из пальца, из подозреваемого очага и из симметричной здоровой стороны, у больного произошло очередное обострение, закончившееся образованием абсцесса в области рубца.

Случай 3. И., 34 лет, поступил в клинику для восстановительной операции по поводу болтающегося правого тазобедренного сустава. В связи с гнойным воспалением, развившимся после огнестрельного ранения, больному более года назад произвели резекцию сустава. Имеется полный травматический перерыв правого седалищного нерва. Трофическая язва пяточной области правой стопы. В мягких тканях области сустава определяется деформированная пуля.

При исследовании крови получены следующие данные.

Формула крови, взятой из подозреваемого очага: л. 8 800; из них: э. 1%, п. 4%, с. 69%, лимф. 20%, мон. 6%.

Формула крови, взятой из соответствующего участка симметричной стороны: л. 8 700; из них: э. 0, п. 3%, с. 71%, лимф. 20%, мон. 6%.

Формула крови, взятой из пальца: л. 8 500; из них: э. 2%, п. 4%, с. 68%, лимф. 20%, мон. 6%; РОЭ 10 мм в час.

Местная температура в области рубца правой ягодицы на 1,5° ниже температуры симметричной стороны. Вынести заключение о наличии дремлющей инфекции из сопоставления анализа крови было невозможно. Решено для провокации дремлющей инфекции иссечь рубец вместе с находящейся в нем пулей и зашить рану.

На третий день после удаления пули вместе с окружавшей ее рубцовой оболочкой развились бурные воспалительные явления с подъемом температуры до 40°, что потребовало снятия швов и раскрытия послеоперационной раны. В гнойном отделяемом обнаружен стрептококк. Восстановительная операция отложена.

Систематическое, по нескольку раз в день, измерение температуры, как правило, не дает каких-нибудь указаний о наличии дремлющего очага инфекции. Так называемое беспричинное повышение температуры может иметь настолько много неизвестных для нас источников, что было бы необоснованным решать вопрос в пользу наличия дремлющей инфекции, однако и прибегать к восстановительной операции в это время, конечно, не следует. Многие авторы (Рауг, Михельман) придают большое значение измерению кожной температуры. По словам Рауг, разница температуры в 1,5—2°, измеренной простым максимальным градусником, весьма подозрительна. Михельман измерял кожную температуру термоэлектрической установкой, для чего необходимо создание специальных условий: «повторные измерения производятся при одинаковой температуре помещения, в одинаковом положении (сидячем, стоячем или лежачем), при отсутствии сквозняков, открытых форточек и т. п.; кожа больного должна быть суха и обезжирена; измеряемые участки равномерно согреты; во время измерения ходьба и стук должны быть устранены». По Михельману, разница температуры выше 0,5° приобретает диагностическое значение. Правда, автор справедливо замечает, что при измерениях кожной температуры необходимо учесть состояние мягких тканей, характер рубцов и т. п., могущих сдавливать сосуды и тем обусловить более низкие показатели температуры по сравнению с температурой симметричного участка. Но не только характер рубца отражается на показателях кожной температуры. Не меньшее, если не большее, значение имеет состояние мышц и нервных проводников конечности. Мы измеряли кожную температуру с помощью термоэлектрической установки более чем у 50 человек и при этом выяснили следующее:

а) у больных с клинически выраженной инфекцией во всех случаях местная температура на 1—3° выше, чем на соответствующих участках симметричной стороны;

б) у больных с подозрением на наличие дремлющей инфекции, у которых в послеоперационном периоде отмечалось нагноение, местная температура в области рубца была выше на 0,5—2° по сравнению с симметричной стороной только в единичных случаях и то не во всех отделах рубца; так, у больного П. температура в центре рубца была выше на 0,8°, в проксимальном отделе рубца — ниже на 0,6°, в дисталь-

ном отделе — выше на 1,5°; в медиальном — выше на 0,4°; в латеральном — одинакова с симметричной стороной (размеры рубца 11×4 см);

в) у больных с подозрением на наличие дремлющей инфекции, у которых в послеоперационом периоде отмечалось нагноение (страдавших одновременно параличом мышц, вследствие перерыва нервного проводника), местная температура в области рубца всегда была ниже на 0,3—1,5° по сравнению с температурой симметричной стороны (случай 3);

г) у больных с подозрением на наличие дремлющей инфекции, у которых в послеоперационном периоде отмечалось нагноение (страдавших одновременно параличом отдельных групп мышц, вследствие перерыва нервного проводника), местная температура рубца, если он располагался в области парализованных мышц, была либо ниже на 0,2—1,5° по сравнению с температурой симметричной стороны, либо одинакова с нею;

д) у больных с подозрением на наличие дремлющей инфекции, у которых в послеоперационном периоде отмечалось нагноение (страдавших одновременно расстройствами, связанными с нейрогенной дистрофией), местная температура рубца в разных случаях колебалась от 0,6° до 2,5° в ту или иную сторону.

Таким образом, показатели местной температуры не могут служить для диагностики дремлющей инфекции, особенно при локализации ее в глубине тканей, в костях, при наличии повреждений нервных проводников, нейрогенных дистрофий и т. п.

Большое значение для обнаружения скрытой инфекции в костной ткани и суставах имеет рентгенография. Рентгенограммы для этой цели должны быть структурными и выполненными не менее чем в двух проекциях. Всякого рода продуктивные и деструктивные изменения, каемки остеопороза вокруг инородных тел, не говоря уже о секвестрах, являются прямыми показателями наличия дремлющей инфекции в костной ткани. Каждый участок костной ткани, вызывающий сомнения или неясно обозначенный на снимке, требует повторной рентгенографии в том же или других положениях больного. Тщательное изучение рентгенограмм в предоперационном периоде и правильная их интерпретация во многих случаях дают возможность поставить диагноз дремлющей инфекции. Наибольшее значение для решения вопроса о возможности остеопластической операции после огнестрельного ранения имеют сроки, прошедшие с момента заживления раны.

Практическая ортопедия уже давно выработала положение, по которому костнопластическая операция с минимальным риском последующего нагноения может производиться после открытых и огнестрельных переломов не ранее чем через 6, а лучше 12 месяцев после заживления раны. Bier считал, что ортопластика суставов после гнойного воспаления их допустима не ранее чем через 2—3 года; Lexer этот срок сокращает до 6—10 месяцев; Walker, Добротворский считают, что выжидать с восстановительной операцией на костях более года нет особой необходимости, в некоторых случаях этот срок может быть значительно сокращен; Гирголав ограничивает срок выжидания 3—6 месяцами. Противоположного взгляда держится Соловов, заявляя, что: «никаких сроков для дремлющей инфекции, по истечении которых можно было бы считать ее автоматически уничтоженной или обезвреженной, не существует». Этот автор свое утверждение основывает на известных в литературе случаях вспышки дремлющей инфекции через десятки лет после клинического выздоровления.

Совершенно очевидно, что через какой бы срок после заживления огнестрельной раны ни производилась восстановительная операция на кости, у нас нет полной гарантии от вспышки дремлющей инфекции. Однако уже на материале в несколько десятков случаев можно проследить явную зависимость послеоперационных осложнений от сроков,

разделяющих моменты клинического выздоровления после огнестрельного ранения и восстановительной операции. Так, например, на 21 операцию, произведенную в сроки от 1 до 7 месяцев после заживления раны, нагноение было в 14 случаях (66,7%), а на 24 операции, произведенные в сроки от 7 месяцев до 3 лет после заживления раны, нагноение было только в 4 случаях (16,7%).

Если тот же материал распределить так, чтобы в первую группу включить раненых, оперированных в срок от 1 до 12 месяцев после заживления огнестрельной раны, а во вторую группу — раненых, подвергшихся восстановительным операциям на костях не ранее, чем через год после заживления, то картина будет еще более наглядной (табл. 1).

Таблица 1

Зависимость послеоперационных нагноений от срока между заживлением раны и остеопластической операцией

Срок между заживлением раны и остеопластической операцией	Число случаев	Исходы		Примечание
		без осложнений	нагноение	
От 1 до 12 месяцев . .	24	7	17	
» 1 года и больше . . .	21	20	1	Нагноение через 2 года 9 месяцев

Следовательно, на 45 остеопластических операций, главным образом операций остеосинтеза с применением аутотрансплантата, нагноения развились в 18 случаях, из них 17 у раненых, оперированных в сроки до 12 месяцев после заживления огнестрельной раны. Нагноения были, безусловно, результатом вспышки дремлющей инфекции, а не погрешности хирурга. На это указывает тот факт, что у всех раненых послеоперационные раны в области голени, сделанные одномоментно для взятия трансплантата из большеберцовой кости, зажили первичным натяжением. Нагноение, наблюдавшееся в одном случае через 2 года 9 месяцев после заживления раны, повидимому, надо объяснить наличием инфекции вокруг металлических тел, расположенных в рубце.

Таким образом, чтобы при костнопластической операции избежать опасности последующего нагноения, следует рекомендовать делать операцию не ранее чем через год после заживления огнестрельной раны, тем более, что клиническая диагностика дремлющей инфекции исключительно трудна, а в ряде случаев и невозможна, и все методы провокации скрытой инфекции ненадежны. Но, может быть, осложненное послеоперационное течение раны не снижает или далеко не всегда снижает результаты восстановительной операции с применением костного аутотрансплантата, и наша задача не менять план лечения, несмотря на нагноение. Ведь некоторый небольшой процент неудач вполне можно оправдать. К сожалению, наблюдения наши и других авторов не позволяют делать подобного заключения.

Методы, провоцирующие вспышку дремлющей инфекции

Ко второй группе средств диагностики относятся те методы, которые провоцируют вспышку скрытой инфекции и тем самым облегчают ее клиническое распознавание. Сюда относятся приемы механического раздражения: массаж, поколачивание рубцов, активная и пассивная нагрузка, специальные упражнения на механотерапевтических аппаратах; термические раздражения: грязь, глина, торф, большие дозы тепловых процедур, облучение кварцевой лампой, воздействие диатермическим током и т. п.; биологические методы: введение специфических вакцин, молока или собственной крови больного и т. д.

Мы применяли самые разнообразные комбинации провоцирующих мероприятий: массаж и поколачивание рубцов; массаж и облучение кварцевой лампой; массаж, поколачивание и апликации глины, а в некоторых случаях параллельно или последовательно — все предложенные методы за исключением торфа и грязи. Как правило, у всех больных до и после провоцирующих мероприятий систематически измеряли общую и местную температуру, исследовали периферическую и местную кровь и при этом никаких достаточно убедительных данных, указывающих на наличие или активизацию инфекционного начала, мы не получали. Между тем в послеоперационном периоде нагноения развились почти в 40% случаев. Причина этих нагноений, на наш взгляд, — вспышка дремлющей инфекции. Иные результаты при подозрении на наличие очага дремлющей инфекции в суставе после гнойного воспаления его дает редрессация. Однако этот метод далеко не безопасен и может вызвать тяжелое обострение. Поэтому пользоваться им следует весьма осторожно и ограниченно.

Многие авторы предлагают в окружность подозреваемого очага вводить 200—300 см³ физиологического раствора поваренной соли, рингерлокковского раствора или глюкозы, применять поливалентные вакцины, впрыскивать под кожу молоко, собственную кровь больного и т. п.

Мы обычно в окружность рубца вводили 10—15 см³ 10% раствора поваренной соли с глюкозой и впрыскивали 10 см³ иногруппной крови. Никакой местной реакции при этом вызвать не удавалось. Только в одном случае после введения иногруппной крови температура у больного повысилась и в течение 48 часов держалась в пределах 37—37,4°. Наличие дремлющей инфекции у этого больного подтвердилось после операции удаления инородного тела.

По заявлению Рауг, прекрасные результаты дает применение рентгеновых лучей — предложенное Fründ «раздражающее облучение» $^1/_4$—$^1/_3$ HED. В случае наличия очага скрытой инфекции у больного через 12—24 часа после облучения повышается температура и появляются явления местного воспаления. Наш небольшой опыт с применением фрондовской реакции пока не позволяет судить о ее целесообразности

Одним из наиболее ценных способов выявления дремлющей инфекции является предварительное иссечение рубца. Иссечению подлежит не только кожный рубец, но и глубже лежащий, по возможности весь с инородными телами и свободными костными отломками. Мало того, если имеется ложный сустав, то концы костных отломков следует освежить. На 50 иссечений рубцов мы в 16 случаях (32%) получили нагноение, что послужило основанием для отсрочки костнопластической операции. В 34 случаях наблюдалось первичное заживление, однако после костнопластической операции в 6 случаях все же развились нагноения. Таким образом, если бы костнопластические операции были произведены во всех 50 случаях без предварительного иссечения рубцов, то число нагноений, надо полагать, произошло бы в 22 (16 + 6) случаях, т. е. в 44%. Ценность метода, родоначальником которого надо считать Lexer, не подлежит сомнению. Эффективность метода была бы гораздо большей, если бы полное иссечение рубца и удаление металлических осколков было возможно всегда. К сожалению, такое иссечение из-за распространенности рубца или топографических особенностей не всегда осуществимо.

Обезвреживание дремлющей инфекции

Операция иссечения рубцов показана не только для целей провокации дремлющей инфекции. Она имеет гораздо более глубокий смысл — удаления очагов скрытой инфекции, следовательно, является могущественным лечебным фактором и потому должна быть рекомендована во

всех случаях как предварительный этап восстановительной операции на костях.

Если иссечение рубца — не только провоцирующий, но и лечебный фактор, то необходимо ли выжидать определенные сроки перед производством восстановительной операции? Приведенные выше данные говорят в пользу такого выжидания. Чем меньше срок от момента заживления огнестрельной раны, тем больше оснований ожидать нагноения после иссечения рубца, что в итоге значительно отсрочит восстановительную операцию. А так как в ряде случаев полностью иссечь рубец невозможно, то нет гарантии в удалении очага инфекции, и, следовательно, при малых сроках, прошедших от момента заживления огнестрельной раны, опасность нагноения значительно увеличивается.

Из других лечебных средств по отношению к дремлющей инфекции можно отметить те, которые усиливают защитную реакцию организма и местную реакцию тканей в борьбе со скрытой инфекцией. Сюда относятся: поливалентная вакцина, аутогемотерапия, лактотерапия, облучение кварцевой лампой, солнцелечение, грязелечение, применение рентгеновых лучей, диатермия и все то, что повышает лейкоцитоз, фагоцитоз и усиливает клеточно-гуморальные силы организма. В последние годы получено могучее средство для борьбы с некоторыми видами микробов — пенициллин. Мы испробовали его для профилактики вспышки дремлющей инфекции в послеоперационном периоде. Пока мы еще не можем сделать выводы, но все же заметили, что курс пенициллинотерапии (по 100 000 оксфордских единиц в течение 6 дней) исключает вспышку дремлющей инфекции после восстановительных операций на скелете.

Выводы

В настоящее время наука еще не располагает достаточно надежными средствами для диагностики дремлющей инфекции в тканях хирургического больного. Для предварительного суждения о наличии скрытой инфекции служат анамнестические данные о местной реакции, появляющейся без видимых причин или в отве на травму, перенесенное инфекционное заболевание и т. п.

Тщательное изучение рентгеновского снимка и правильная его интерпретация в ряде случаев дают возможность поставить диагноз дремлющей инфекции. Повышенная РОЭ, лейкоцитоз, а также периодические подъемы температуры далеко не всегда служат признаками наличия очага дремлющей инфекции, но всегда должны побуждать хирурга к отсрочке восстановительной операции.

Важное значение для решения вопроса о возможности костнопластической операции имеет срок, прошедший с момента заживления огнестрельной раны. Наши наблюдения показывают, что выжидание в 12 месяцев перед восстановительными операциями на костях и минимум 24 месяца перед операциями на суставах, если в течение этого времени не было обострений, дает наибольшую гарантию от последующих осложнений. Одним из наиболее надежных методов провокации скрытой инфекции и вместе с тем ценным способом лечения ее является предварительное радикальное иссечение рубца. Иссечение рубца в сочетании с указанными сроками выжидания — основа восстановительной хирургии огнестрельных дефектов скелета. Хотя соблюдение этих условий также не дает абсолютной гарантии от последующих осложнений, вызываемых вспышкой дремлющей инфекции, но, несомненно, сводит риск к минимуму. Протеинотерапия, физиотерапия, солнце-грязелечение должны найти широкое применение в практике; многообещающие перспективы открываются в связи с внедрением в клинику пенициллина.

★

Майор мед. службы А. Я. ЛЯПУНОВ

ГЛАЗНОЙ БОЕВОЙ ТРАВМАТИЗМ В ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ

Через стационар передового специализированного госпиталя за время с марта 1943 г. по июнь 1945 г. прошло 1 560 раненых, имевших боевые травмы органа зрения.

У большинства (65,3%) было повреждено глазное яблоко. В 71,4% случаев эти ранения сопровождались прободением глазного яблока, причем в 35,5% случаев было инородное тело в глазу или в орбите. Непрободные ранения глазного яблока составили 28,6%. Ранения роговицы наблюдались в 69% случаев (инородные тела на роговице были у 127 раненых); ранения конъюнктивы — в 31% (инородные тела на конъюнктиве были у 43 раненых); ранения орбиты составили 1,6% (в том числе с инородными телами 16 случаев); ранения век — 6,9%; контузии — 7% (из них: контузии придатков глаза — 24%, контузии глазного яблока — 75%, контузии орбиты — 0,9%, вывих глазного яблока — 0,1%).

Сравнительно часто наблюдались сочетанные ранения лица, черепа, носа и глаза (16,7%). Ранения эти сопровождались легкими и средней тяжести кровоизлияниями в конъюнктиву, радужку, переднюю камеру; более тяжелыми оказывались кровоизлияния в сосудистую оболочку, сетчатку с разной степенью помутнения стекловидного тела. Нередко наблюдалась отслойка и разрыв сетчатки.

Ожоги глаз были в 3% случаев, в том числе в 15 случаях — ожоги век и в 32 случаях — ожоги глазного яблока (роговицы и конъюнктивы). Прочие ранения составляли 0,5%.

Осколочные ранения наблюдались в 83,7% случаев, пулевые — в 7,3%, прочие — в 9%. Из осколочных ранений: минноосколочных — 61%, от осколков артиллерийских снарядов — 20%, осколков гранат — 9%, осколков бомб — 2,3%, осколков разрывных пуль — 2,3%, прочих осколков — 5,4%.

Контузии большей частью происходили при разрыве снарядов, авиабомб. Ожоги чаще наблюдались у танкистов, шоферов и летчиков.

При ранениях органа зрения повреждения собственно глаза или его придатков составили 41%. В 59% случаев ранения глаз комбинировались с повреждением других частей тела; преобладали множественно-комбинированные ранения. Наиболее часто встречались следующие комбинации: ранения глаза, лица и челюсти — 50%, глаза и черепа — 13%, глаза, уха и носа — 6,9%, глаза и груди — 4%, глаза и живота — 2%, глаза и верхней конечности — 15%, глаза и нижней конечности — 9%. Одновременное ранение глаза и века наблюдалось в 21% случаев.

Ранения правого глаза были у 42% пострадавших, левого — у 40%, обоих глаз — у 12%.

Тяжелые бинокулярные ранения мы встретили в 6% случаев, причем совсем потеряло зрение 56% этих раненых, или 3,4% всех раненных в орган зрения; на один глаз потеряло зрение 33% (осталось небольшое зрение в другом глазу), не потеряло зрения (осталось небольшое зрение в обоих глазах) — 11%. Почти у 4% раненых с прободными повреждениями глазного яблока при поступлении в наш госпиталь был отмечен развивающийся панофталмит, и в одном случае при комбинированном ранении глаза и черепа мы наблюдали развивающийся менингит.

Большинство случаев с тяжелыми осложнениями падает на 1943 г. и зиму 1943/44 г., когда специализированный госпиталь находился на расстоянии 40—80 км от передовой линии и раненые поступали с запозданием — на 4—5-й день после ранения.

При прободных повреждениях глаза не было осложнений только у 4% раненых. В остальных 96% случаев ранения были осложненными: выпадение внутренних сред глаза — в 77% случаев, наличие металлических осколков внутрибульбарно или внутриорбитально (при сквозных или тангенциальных ранениях глазного яблока) — в 35,5%, повреждения хрусталика — в 4%, инфицирование ран — в 4% случаев. Полное разрушение глазного яблока наблюдалось у 12% раненых. Выпадение внутренних сред глаза сопутствовало почти всем прободным повреждениям, осложненным наличием металлических осколков, и повреждениям с нарушением целости хрусталика. В чистом виде выпадение внутренних сред глаза наблюдалось в 40% случаев.

Все раненые получали в специализированном госпитале необходимую оперативную помощь. Но из-за отсутствия электромагнита электромагнитные операции не производились. Оперировано 49% раненных в глаз. 86% операций сделаны на глазном яблоке. Операции на глазном яблоке производились для закрытия ран в 32% случаев, для энуклеации — в 63%, экзентерации — в 5%. Из других операций 28 сделаны для удаления металлических осколков из орбиты, 15 — для удаления осколков из толщи века, 60 — для закрытия разрывов века и 4 — для удаления металлических осколков из области лица и носа. 368 раненым оказано малое оперативное пособие (удаление инородных тел с роговицы, из конъюнктивы, наложение швов на разрывы).

При выборе операции мы прежде всего учитывали состояние поврежденного глаза. Если имелась надежда, что удастся сохранить глаз, пусть не в функциональном, но хотя бы в удовлетворительном косметическом состоянии, мы шли на закрытие прободения. Такие случаи составили 32% всех прободных ранений глазного яблока. При больших разрушениях глазного яблока, при полной функциональной гибели глаза, там, где была опасность развития тяжелого иридоциклита или в будущем симпатической офталмии, производилась энуклеация (63%). Столь высокий процент энуклеаций указывает на тяжесть боевых травм органа зрения. 5% раненых, у которых развился панофталмит, произведена экзентерация.

В 27 случаях при прободных ранениях был поврежден хрусталик. В 7 случаях потребовалось удалить поврежденный хрусталик в первые дни после ранения. После удаления хрусталика закрывалось как место прободения, так и послеоперационная рана.

У 28 раненых внутри орбиты остались металлические осколки, но глазное яблоко сохранилось целым. Так как осколки вызывали значительный экзофталм и сильно механически раздражали глазное яблоко, их пришлось удалить в первые дни после ранения.

При прободных ранениях глазного яблока с наличием металлических осколков внутрибульбарно, там, где нужна была магнитная операция, при первичной обработке мы долгое время закрывали прободение по методу Кунта. Но конъюнктивальное закрытие прободения в дальнейшем мешало рентгенографии, поэтому в последнее полугодие войны мы стали после туалета раны, иссечения и устранения выпадения внутренних сред глаза делать блефароррафию, если, конечно, в ней была необходимость. После такой обработки всех раненых срочно эвакуировали во фронтовой специализированный госпиталь, имевший электромагнитную установку.

Исход и течение глазных ранений зависят от срока, в который оказывается медицинская помощь раненому. У нас в этом отношении не все обстояло хорошо. Из 195 человек, поступивших в первые сутки с момента ранения, в первые 6 часов после ранения прибыло 23 человека, в срок от 6 до 12 часов — 52, от 12 до 18 часов — 41, от 18 до 24 часов — 79 человек. В 1943 г. и в зимние месяцы 1943/44 г. в первые сутки после ранения поступало ничтожно мало, большинство ране-

ных прибывало на третьи-пятые сутки, а то и позже. Во втором полугодии 1944 г. число поступивших в первые сутки значительно возросло, наибольшее число раненых доставлялось в госпиталь в первые три суток после ранения; в 1945 г. большинство раненых поступало на первые-вторые сутки.

Сроки поступления прямо зависели от места расположения специализированного госпиталя: чем ближе он был к передовой линии, тем раньше поступали раненые. В 1943 г. и зимой 1944 г. госпиталь находился в среднем в 40—80 км от передовой. Начиная с апреля 1944 г. (Севастопольская операция) госпиталь дислоцировался часто вблизи передовой линии, почти рядом с МСБ, на расстоянии иногда 6—8 км от передовой. Это приближение специализированного госпиталя к передовой линии ускорило поступление раненых и обработку их, что благоприятно отразилось на течении и исходе ранений, дало возможность сохранить зрение большему числу раненых и резко снизить процент осложнений. Так, во втором полугодии 1944 г. и в 1945 г. мы имели лишь 3 случая панофталмита, а в 1943 г. и зимой 1943/44 г. их было 25.

Причина запоздалого поступления раненых в 1944 и 1945 гг. — поздний вынос с поля боя или тяжесть комбинированных ранений, делавших раненых в первые дни нетранспортабельными. По инициативе армейского хирурга и ПЭП окулисты сделали к таким раненым 12 выездов в МСБ.

Из всего числа раненых, прошедших через стационар, выздоровело и выписано в части 21%, переведено после обработки в другие отделения специализированного госпиталя 6%, переведено в другие ППГ армии 5%, экзитировано 0,19% (тяжелые комбинированные ранения с развившимся менингитом — 2 случая и тяжелая контузия с большими кровоизлияниями в мозг — 1 случай, причем у этого раненого был вывих обоих глазных яблок), эвакуировано в ГБФ 66%.

Эвакуировались все тяжело раненые, требующие длительного лечения, и раненые, не успевшие закончить лечение у нас ввиду перемещения госпиталя. Перемещения эти во второй половине 1944 г. и в 1945 г. происходили в среднем через 3—4 недели. Из-за сравнительной частоты переездов и ограниченности мест в отделении мы вынуждены были всех раненых со сроками лечения более 3—4 недель эвакуировать в ГБФ.

Среднее число раненых в глазном отделении приближалось к 40, но в дни активных боев доходило до 60—70. Чем больше был наплыв раненых, тем быстрее приходилось их эвакуировать, а значит укорачивать срок госпитализации в глазном отделении.

Средняя продолжительность пребывания в госпитале раненных в орган зрения, подлежащих эвакуации, равнялась 4—5 дням.

Раненых с внутрибульбарными инородными телами, требующих магнитной операции, эвакуировали срочно. Раненых с прободным ранением эвакуировали обычно на второй день после операции, а после энуклеации — через 1—2 дня. Лишь тяжело раненых с комбинированными ранениями мы выдерживали в нашем отделении до момента восстановления транспортабельности.

Выводы

1. При боевых травмах органа зрения преобладали ранения глаза (89%), причем чаще всего наблюдались повреждения глазного яблока (63,5%), из них в 71,4% случаев — прободные.

2. В 35,5% случаев эти ранения были с наличием металлических осколков внутрибульбарно или в орбите.

3. Прободные ранения глаза отличались тяжестью — в 96% случаев они были осложненными. Несложные прободные ранения глаза составили лишь 4%.

4. В 16,7% случаев наблюдались повреждения окружающих глаз частей с травмой глаза без нарушения целости глазного яблока, но с сопутствующими тяжелыми, во многих случаях необратимыми, изменениями со стороны внутренних сред глаза.

5. Осколочные ранения глаз составили 83,7%, пулевые — 7,2%.

6. В 59% случаев ранения глаз комбинировались с ранениями других частей тела: глаз, лицо и челюсть — 50%, глаз и верхняя конечность — 15%, глаз и череп — 13%. Другие комбинации встречались реже. Отмечалось много случаев множественных комбинированных ранений.

7. Тяжелые бинокулярные ранения наблюдались в 6% случаев, причем больше половины этих раненых потеряли зрение.

8. Оперативное пособие обусловливалось состоянием глаз и характером ранения. Тяжесть ранения в 63% случаев вынудила пойти на энуклеацию, и лишь в 32% была надежда на сохранение глаза. В последних случаях произведено закрытие проколения.

9. Передовой армейский специализированный госпиталь возвратил в часть после выздоровления 21% раненных в орган зрения и 66% их эвакуировал в ГБФ.

10. Передовой специализированный госпиталь, особенно глазное отделение, должен по возможности стоять ближе к передовой линии, к войсковому району. Приближение госпиталя к передовой линии ускоряет поступление раненых и оказание им медицинской помощи. Это в свою очередь значительно уменьшает число инфицированных ранений.

★

Подполковник мед. службы А. С. СВЕЧНИКОВ

НЕБОЕВОЙ ТРАВМАТИЗМ

Среди всех заболеваний небоевой травматизм в частях Советской Армии занимает одно из значительных мест как по количеству случаев, так и по количеству потерянных рабочих дней. По данным Писемского, в различные годы небоевые травмы составляли от 6 до 7,5% всего числа заболеваний. Такое же соотношение мы наблюдали и в нашем соединении.

Процент лиц, нуждающихся в госпитальном лечении после полученных ими небоевых травм, также велик. Среди всего числа хирургических больных эти лица составляли 23,2%. Но все эти данные неполны, так как очень часто случаи травматизма в амбулаторных журналах не регистрируются. Фактически процент небоевых травм по отношению ко всем заболеваниям значительно выше.

В нашем распоряжении были данные статистических отчетов соединений за 1943, 1944 и 1945 гг., амбулаторные журналы и истории болезни. Всего мы разобрали 8 476 случаев небоевых травм, причем по отношению ко всему числу заболевших лица, пострадавшие от небоевых травм, в 1943 г. составили 8,1%, в 1944 г. — 8,9%, в 1945 г. (за 7 месяцев) — 9,1%.

Непрерывный рост числа случаев в последние годы вынуждает заняться детальным изучением причин, порождающих его, и разработкой мер профилактики.

Как врач, так и командир части должен точно знать причины травматизма, особенно специфического травматизма, характерного для данной части.

Характер небоевого травматизма по нашему соединению в процентном отношении показан в табл. 1.

Таблица 1

Годы	Ушибы	Резаные и рваные раны	Ссадины	Переломы	Вывихи	Ожоги
1944	46,7	19,6	13,2	13,6	3 4	3,5
1945	49,0	17,3	14,1	14,3	4,1	2,9

Данные о локализации повреждений (в проц.) представлены в табл. 2

Таблица 2

Годы	Голова	Грудная клетка	Живот	Позвоночник	Таз	Верхние конечности	Нижние конечности
1944	19,2	5,9	2,8	2,3	2,3	23	39,5
1945	18,8	10,5	2,3	4,3	3,2	31,5	29,4

Сравнивая данные нашего кавалерийского соединения с данными Писемского, мы можем отметить, что у нас число травм, полученных в связи с уходом за лошадью, значительно меньше. Так, по данным Писемского, эти травмы составляют 31,6%, а у нас — 24,9%. Здесь играет роль продолжительность службы личного состава в кавалерии. По данным Писемского, 77,6% случаев травматизма при уходе за лошадью падали на молодых бойцов первого года службы, которых в нашем соединении немного. Все же и 24,9% — цифра большая, и ее можно значительно уменьшить. Для этого следует рационально распределить личный состав при уходе за животными, организовать изучение бойцами нрава лошади, выделить строптивых лошадей в отдельные станки, сделать на этих станках предупредительные надписи и строго выполнять уставные положения при езде на лошадях, наконец, постепенно повышать нагрузку на организм бойцов во время занятий.

В 1944 и 1945 гг. среди пострадавших от небоевых травм, находившихся на стационарном лечении, лица, получившие травмы при уходе за животными, составили 27,2%. Каждый такой больной в среднем находился на стационарном лечении 16,1 дня в кавалерийских частях и 20,4 дня — в стрелковых.

По характеру травм 55% этой группы больных имели ушибы, 9,6% — растяжения, 6,3% — вывихи и 18,4% — переломы костей. Прочие повреждения составили 10,7%. В 40,19% случаев были повреждены нижние конечности, в 33,1% — верхние, в 22,2% — голова и туловище, в 4,6% — прочие части тела.

При амбулаторном лечении каждый пострадавший потерял в среднем 6 рабочих дней. Среди амбулаторных больных было меньше лиц, имевших травмы головы и туловища, и несколько больше лиц с ушибами и ссадинами. В 1944 г. наибольшее количество травм падает на летние месяцы (июнь—сентябрь), в 1945 г. распределение по месяцам равномернее.

В стрелковых соединениях в группе пострадавших от небоевых травм 25,5% составляли лица, получившие потертости. В 1944 г. таких случаев было больше всего в мае и сентябре, в 1945 г. — в апреле. На месяцы май — октябрь приходится до 90% всех случаев потерто-

стей, причем максимум падает на начало летнего периода обучения (апрель—май), когда личный состав стрелковых частей еще не имел маршевой подготовки, и на конец лета (сентябрь—октябрь), когда производились большие переходы. Командиры частей, врачи, фельдшеры и санитарные инструкторы должны обратить серьезное внимание на обучение личного состава правилам завертывания портянок. Пригонку обуви обязаны производить сам командир и медицинский работник и ни в коем случае не накануне выступления в поход. Сапоги для обноса нужно выдавать не ранее чем за 10—20 дней до марша.

Рациональное медикаментозное лечение потливости, обмывание ног прохладной водой, особенно летом, ежедневное мытье ног перед сном и уход за ногтями значительно снизят процент трудовых потерь по данной причине. Наблюдавшиеся у нас случаи потертости не вызывали больших трудопотерь пострадавших, требовали стационарного лечения только при осложнениях. Однако нужно помнить, что даже кратковременный выход из строя солдат во время марша резко снижает боеспособность части.

Большое число травм (16,2%, по нашим данным) наблюдается при выполнении хозяйственных работ (строительные работы, заготовка топлива, погрузка и разгрузка тяжестей и др.). Особенно много таких случаев (до 50%) произошло в июле—августе 1944 г. Это можно объяснить усиленным производством строительных работ, на которые выделялись недостаточно подготовленные люди, причем на работах не всегда выдерживались правила техники безопасности. 28,1% случаев травм произошли в результате падения с высоты, многие пострадавшие получили при этом тяжелые повреждения, потребовали госпитализации и находились на койке в среднем до 30 дней. 18% травм были получены при заготовке дров в лесу, 16% — при разгрузке транспорта и переноске тяжестей.

При травмах, полученных во время хозяйственных работ, чаще всего поражались верхние и нижние конечности. По нашим материалам, в 1944 г. травмы конечностей составляли 61,5%, а в 1945 г. — 69,8% всего числа травм данного вида. По характеру повреждений преобладали ушибы (54%), переломы (17%) и вывихи (6,2%).

Развитие автомобильного транспорта, естественно, вызвало травматизм, связанный с авариями во время движения и с уходом за машинами. Следует отметить, что увеличение числа травм при уходе за транспортом нельзя объяснить только высокой автомобилизацией частей. Наши данные показывают, что больше всего травмируются лица, работающие на машине первый год. Около 70% всех случаев падает на новичков либо в процессе учебы, либо вскоре после окончания ее. Наличие специфических травм, получаемых только при уходе за автомашиной, — «шоферские переломы правого предплечья» — заставляет обратить на них особое внимание. Предварительное изучение элементов запуска мотора, тренировка на макете или станине, строгое соблюдение правил вождения автомашин помогут резко снизить травматизм.

При этом виде травм в 59% случаев были повреждены верхние конечности, в 34% — нижние и в остальных случаях — голова или туловище. Преобладали ссадины (47%), затем идут ушибы (28%), переломы (4%) и прочие виды (21%).

10,7% всех случаев травм приходятся на так называемые «прочие случайные повреждения». Изучая эти случаи, мы установили, что большинство из них попало в графу «прочие» вследствие невдумчивого и поверхностного отношения к разбору причин, вызвавших травму. Часть случаев занесена в эту графу из-за отсутствия каких-либо характерных данных.

Такой учет мешает правильному анализу причин возникновения травм и, следовательно, принятию мер предупреждения. В раздел

«прочие случайные виды травматизма» следует относить действительно прочие травмы, количество которых, несомненно, значительно ниже 10%.

Распределение «прочих травм» по месяцам 1944 и 1945 гг. аналогично с распределением общего травматизма. Наибольшее количество «прочих травм» приходится на летние и осенние месяцы. По видам травмы представляют: ушибы — 45,2%, вывихи — 3,9%, переломы — 12,1%, ссадины — 13,4%, резаные и рваные раны — 21,6% и ожоги — 3,8%.

Наиболее часто поражаются верхние и нижние конечности (69,3%), остальные части тела — в 30,7%. Это также приближается к средним цифрам всего травматизма.

Большой процент случаев травмы связан с процессом боевой и физической подготовки. 13,1% пострадавших потребовали стационарного лечения в части (средняя трудопотеря у них—8½ рабочих дней) и 5,2% нуждались в госпитальном лечении (средняя потеря — 28 рабочих дней). 14 пострадавших пришлось представить на врачебную комиссию.

В 1944 г. число случаев этого вида травматизма начало расти с июля; максимум наблюдался в октябре. На июль—октябрь падает до 60% всех случаев, что, по нашему мнению, объясняется усилением занятий в поле и на спортплощадках. В 1945 г. максимум случаев отмечен в феврале и марте, т. е. в период усиленной подготовки к армейскому и фронтовому смотрам после зимнего перерыва.

Наиболее часто наблюдались ушибы и растяжения (52,7%), 14% пострадавших имели рваные раны, полученные вследствие неосторожного или небрежного обращения с оружием во время преодолевания препятствий. При прыжках через забор и ров наиболее частым видом повреждений было растяжение связок голеностопных суставов. 4% случаев травм произошло во время учебных занятий в горах. Причина: недостаточная подготовка по технике альпинизма и неиспользование всех средств страховки во время преодолевания препятствий. Горная подготовка войск требует максимального внимания со стороны медработников. Они должны знать основные правила преодоления препятствий и предупреждения несчастных случаев.

Чаще всего причинами травматизма при физической подготовке являются недостаточная предварительная отработка того или иного упражнения, неоднородное физическое развитие занимающихся и отсутствие индивидуального подхода при занятиях. Ценой «травматического отбора» отсеивается группа наименее успевающих. Принцип «выполнить упражнение во что бы то ни стало» приводит к тому, что наименее подготовленный, слабее развитый боец вынужден проделать упражнение несколько раз, в то время как выполнивший его с первого раза отдыхает. В результате нескольких неудачных попыток занимающийся утомляется. В этот момент и происходит наибольшее количество несчастных случаев, избежать которые можно путем постепенного втягивания занимающихся в данное упражнение и организации дополнительных занятий для отстающих.

Как уже говорилось, число случаев травм при физической подготовке в 1945 г. увеличилось в феврале—марте и, очевидно, связано с усиленной подготовкой к проверке. Эта подготовка производилась после длительного перерыва в занятиях и сопровождалась большой физической нагрузкой.

Большое значение в профилактике травматизма при физической подготовке имеет хорошее состояние материальной базы — спортивных площадок, снарядов и т. п. В 34,1% разобранных нами случаев причиной травм являлись неисправность и неподготовленность мест для занятий, в 22,7% — отсутствие страховки, в 29,4% — самостоятельные

упражнения на снарядах без руководителя и в 8% — игры. При проверке состояния турников и брусьев, имеющихся в частях, мы обнаружили, что 50% их не подготовлены к занятиям. Турники, как правило, были сделаны из металлических стержней или труб, незачищенных и неотшлифованных. Во время занятий на таких турниках часто нарушалась целость кожи на ладонях. При загрязнении ссадин могут образоваться флегмоны. Плохое крепление турника приводит к тяжелым последствиям. Гимнастические брусья должны иметь приспособление для изменения их высоты и ширины. Изготовление неподвижных стоек для брусьев исключает возможность развода их в стороны и часто является причиной ушибов и ссадин.

Из-за отсутствия матов и взрыхленной почвы у снарядов часто происходят растяжения связок суставов, ушибы и переломы костей стопы во время прыжков. По нашим данным, в 18% случаев повреждения стопы произошли при прыжках. Во время проверки мы обнаружили, что благоустроенные ямы вблизи снарядов имелись только на 11 объектах из 39. Довод, что в боевой обстановке бойцу приходится прыгать не на мягкий матрац и не на вскопанную землю, не основателен. Необходимо помнить, что тренировка есть тренировка. Во время нее укрепляется и развивается связочный и мышечный аппарат, которые после тренировки будут выдерживать значительно бо́льшую нагрузку. Особенно много случаев травм наблюдается при прыжках через гимнастического «коня» (по нашим данным, 30,9% всех случаев физкультурного травматизма). Пользование кустарно изготовленными «конями» без подъемных ног, не обшитых кожей или материей (а такие снаряды мы обнаружили на 70% объектов), не может не привести к травмам.

Во время прыжков через гимнастического «коня» в частях, как правило, мостиком не пользуются. Прыгающий отталкивается прямо от земли. Но так как подъемных ног у снаряда нет, то регулировать высоту для различно развитых групп занимающихся невозможно.

В 13,5% случаев ушибы и вывихи пальцев рук произошли при прыжке через «коня», что объясняется недостаточной отработкой техники перехвата рук и нестандартной длиной «коней». Следовало бы предварительно обучать занимающихся прыжкам через более короткого гимнастического «козла», а затем переходить к прыжку через «коня».

Вопрос о страховке при выполнении тех или иных упражнений на снарядах весьма важен и актуален. Отсутствие страховки часто приводит к тяжелым ранениям, требующим длительного госпитального лечения пострадавших. Страхующий не должен подменять выполняющего упражнение; он должен оказывать помощь, лишь когда в этом есть необходимость. Страховка помогает вырабатывать такое качество, как товарищеская взаимопомощь и выручка, что исключительно важно для солдата. Особенно необходима страховка в начале отработки упражнения. Страхующий становится у снаряда так, чтобы в нужный момент помочь выполняющему упражнение или поддержать его. В качестве страхующих необходимо выделять наиболее подготовленных и физически развитых людей.

Немаловажную роль в профилактике травматизма играет качество одежды и обуви занимающихся. Конечно, боец идет в бой в обычном обмундировании, а не в спортивной одежде и обуви. Тем не менее необходимо, чтобы на тренировочных занятиях, в процессе которых вырабатывается спортивная техника, бойцы были в спортивных костюмах и тапочках. Лишь после того, как будут изучены все элементы упражнения и достигнута ловкость, допускается осложнение упражнения — выполнение его в обычной обуви и одежде.

8% травм произошли во время спортивных игр, чаще всего при игре в футбол.

Футбол — любимая массовая игра наших бойцов и офицеров — вырабатывает у играющих выносливость, силу, находчивость, быстроту реакции, развивает мышцы и увеличивает емкость легких, развивает чувство товарищеской ответственности, коллективизм, так необходимый в боевой обстановке. Однако футбол дает массовый травматизм.

В большинстве причиной травм является низкая техника, грубость участников игры. В некоторых случаях вмешательство медицинских работников может предотвратить травмы.

При осмотре 110 играющих мы обнаружили, что у 68 из них были неправильно изготовленные бутцы (подбитые гвоздями с широкими шляпками, с неправильно расположенными шипами, с набитыми железными скобами). У 84 человек отсутствовали щитки, прикрывающие голень, наколенники были только у 7 вратарей. Подобное состояние спортивной одежды и обуви увеличивает травматизм.

Чаще всего (в 89% случаев) травмированы были нижние конечности, в 6% — голова и в 2% — туловище. По виду травмы распределяются следующим образом: ушибы — 58,1%, вывихи и растяжения — 11,3%, переломы — 6,1%.

Значительно реже наблюдаются травмы при игре в баскетбол (17% всех случаев травм, полученных во время игр). По нашим данным, при этом чаще встречались вывихи, растяжения и ссадины.

Необходимо перед началом игры в баскетбол проверять ногти на руках играющих и разрешать игру только лицам с коротко остриженными ногтями. Недопустима игра в шиповках.

Легкая атлетика дала 11,7% всех физкультурных травм. Причиной травм во время бега на различные дистанции является плохое устройство беговых дорожек, наличие на пути бегущих посторонних предметов, недостаточная подготовленность бегунов, особенно к пробегам на большие дистанции.

Наши материалы показывают, что цифры травматизма сравнительно велики и имеют тенденцию к росту. Это заставляет заняться разработкой рациональной профилактики. Врач и командир должны детально разбирать каждый случай травмы и принимать меры для предотвращения повторений подобных случаев в дальнейшем.

Необходимо упорядочить учет травматиков в амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях. Графу «прочие виды травматизма» нужно сократить до минимума. В это графу следует вносить только те случаи, которые не могут быть внесены ни в одну из других граф.

Термин «по собственной неосторожности», к сожалению, слишком часто фигурирующий в записях, необходимо изъять. Следует повысить личную ответственность руководящего занятиями офицера за каждый случай травматизма. Обучение элементам страховки, внимательная подготовка инвентаря и мест для занятий, предварительное изучение элементов упражнения и тщательный медицинский контроль в процессе занятий, особенно за группами физически ослабленных, резко уменьшат количество случаев травмы при физической подготовке солдат и офицеров.

★

Полковник мед. службы В. В. СКВОРЦОВ

ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ МАРША

Опыт Великой отечественной войны подтвердил, что бурный рост технического оснащения современных армий отнюдь не снизил значения маршевой подготовки войск. Наоборот, маневренная тактика современной войны с быстротечным развитием ее операций еще более повысила требования к мобильности войск и их способности к внезапным передвижениям с большой скоростью и на большие расстояния в любой обстановке.

Маршевая подготовка является основным средством развития важнейшего качества солдата — его общей выносливости, способности организма к длительной и напряженной физической работе, связанной с походом.

Успех маршевой подготовки во многом зависит от полноты учета при ее постановке в части данных о физическом состоянии личного состава. Это определяет значение активного участия медицинской службы во всей организации маршевой подготовки в войсках. Работа по медицинскому обеспечению маршевой подготовки должна выполняться при участии всего медицинского состава части.

Сбережение сил солдат на походе остается важнейшим условием правильной организации любого марша. Поэтому воспитание сознательного отношения к правилам гигиены, привитие гигиенических навыков, необходимых бойцу на походе, обеспечение контроля за выполнением гигиенических требований на каждом марше являются первоочередной и повседневной задачей в работе по медицинскому обеспечению маршевой подготовки. Без полного учета основных положений физиологии и гигиены марша эти задачи выполнить нельзя.

Марш, как известно, относится к тяжелым видам физической работы. Исследования показали, что при переходе на 30 км энергетические затраты пехотинца за сутки составляют 4 000 и более б. калорий.

Энергетические расходы на марше зависят от многих условий — от его скорости, нагрузки солдата (выкладки), тренировки, степени усталости личного состава, предшествующей работы, качества обмундирования, обуви и снаряжения, характера дорог и местности и условий погоды, времени года и суток.

Влияние скорости движения на расход энергии солдат видно из следующих данных: ходьба со скоростью 110 шагов в минуту вызывает расход энергии в 4 840 м. калорий в минуту, ходьба со скоростью 120 шагов в минуту — 6 600 м. калорий, тогда как ходьба ускоренным шагом со скоростью 140 шагов в минуту требует 10 820 м. калорий, а бег на броске — 13 900 м. калорий в минуту. Исходя из этих данных, можно ориентировочно вычислить энерготраты любого совершаемого марша, пользуясь «Указаниями по организации и проведению научно-медицинского контроля за физическим состоянием и питанием войск» (ГВМУ ВС 1946 г.).

Большое воздействие на работу организма при марше оказывают метеорологические факторы. Например, сильный встречный ветер снижает скорость движения на 20—25%, а снег и дождь без ветра — до 10—15%, соответственно чему возрастает и расход энергии.

Наибольшего расхода энергии требуют марши в период весенней распутицы, осенних дождей и зимой, а в южных районах — и в жаркое лето. Так, например, 30-километровый марш со скоростью 4—4,5 км в час в условиях Средней Азии в августе сопровождался энерготратами, достигающими 408 б. калорий в час и потерей веса до 3 кг в сутки.

Движение ночью связано с увеличением энергетических затрат на 23—30% по сравнению с движением в дневные часы. Поэтому личный состав части перед маршем должен хорошо отдохнуть и выспаться (не менее 4—5 часов сна).

Наиболее экономным по энергетическим затратам признан средний по длине и темпу движения шаг. Установлено, что для среднего человека оптимальным является темп 110—120 шагов в минуту, а длина шага 70—80 см (общая скорость движения около 5—6 км в час).

Марш оказывает непосредственное влияние на деятельность сердечно-сосудистой и дыхательной системы.

Мышечная работа, связанная с маршем, требует увеличения снабжения работающих органов питательными веществами и кислородом и ускоряет ток крови. Минутный объем крови (объем крови, выбрасываемой сердцем в 1 минуту) в покое равен 3—5 л. На марше он может возрасти до 20—25 л. Такое увеличение циркуляции крови в организме может быть достигнуто двумя путями — либо за счет увеличения систолического объема крови при небольшом увеличении частоты сокращения сердца, либо за счет резкого учащения числа ударов сердца при почти неизмененном систолическом объеме. При увеличении веса нагрузки (выкладки) частота пульса возрастает. Так, при нагрузке в 22 кг она увеличивается на 28,5%; при 27 кг — на 29,8%, а при 31 кг — на 44%. При средней физической нагрузке пульс удерживается в пределах 120 ударов в минуту.

Обеспечение организма питательными веществами и кислородом в процессе марша у различных лиц происходит по-разному. У тренированных людей это происходит преимущественно за счет увеличения систолического объема крови, в результате чего относительно сохраняется периодичность работы сердечной мышцы и ее отдыха. У нетренированных людей — за счет учащения пульса. Число пульсовых ударов у последних увеличивается иногда в 3—4 раза.

Возросшая работа организма, вызывающая увеличение в нем потребления кислорода и образование углекислоты, требует усиления и легочной вентиляции. Последнее достигается учащением и углублением дыхания.

Установлено, что в состоянии покоя человек вдыхает 5 л воздуха в минуту, медленная ходьба требует уже 10—12 л, а марш—15—18 л. При подъеме в гору количество вдыхаемого воздуха возрастает до 20—25 л, а во время бега — до 50 л и более. У некоторых лиц в эти моменты частота дыхания увеличивается в 2 и 3 раза (с 15—18 до 30—40 дыханий в минуту).

У тренированных солдат легочная вентиляция повышается главным образом за счет увеличения объема и глубины дыхания, у нетренированных — за счет увеличения числа дыханий.

Нормально в начале марша дыхание несколько учащается, затем, достигнув определенного уровня, остается постоянным. При этом в первые минуты отдыха, но не более как через 10 минут, дыхание приходит к исходному или остается слегка учащенным.

Физическое напряжение организма резко повышает его теплопродукцию на марше. Исследованиями показано, что организм солдата во время передвижения с полной выкладкой на каждый километр вырабатывает дополнительно 56 калорий тепла. Тепловое равновесие достигается усиленной теплоотдачей. Она происходит за счет проведения,

излучения тепла и испарения пота с поверхности кожи и одежды. В нормальных условиях при средней нагрузке человек теряет около 45% тепла излучением, свыше 30% — проведением и только около 20% — испарением.

При резком возрастании физической нагрузки (форсированный марш), когда обычные пути теплоотдачи становятся недостаточными, значительно возрастает в теплорегуляции роль испарения пота с поверхности кожи. Особенно сильно это проявляется во время марша при высокой температуре атмосферного воздуха, при безветрии и при несоответствующей метеорологическим условиям одежде солдат.

Средние потери в весе за счет потоотделения на 30-километровом марше 1,5—2 кг; форсированные же марши могут вызвать общую потерю воды организмом до 4—5 л, а иногда и более.

Охлаждение тела в результате потоотделения происходит эффективнее, когда пот испаряется с поверхности кожи или одежды, а не стекает с них.

В нормальных условиях, когда теплоотдача находится в соответствии с теплообразованием, при ненапряженном марше температура тела повышается в пределах 0,5°. Нарушение теплорегуляции неминуемо влечет за собой перегревание организма. При этом повышение температуры тела до 38° является неблагоприятным признаком, а дальнейшее ее повышение угрожает возникновением теплового удара.

Возникновению теплового удара способствуют высокая температура окружающего воздуха при большом содержании в нем водяных паров, а также резкое физическое напряжение человека.

Тепловой удар может наступить на марше внезапно и проявляться в форме слабости или коллапса, но бывают случаи и позднего его возникновения — на отдыхе, спустя 6 часов. Случаи теплового удара относятся к числу тяжелых заболеваний и пострадавшие подлежат госпитализации.

От тепловых ударов следует отличать солнечные удары. Последние являются следствием воздействия на голову (головной мозг) солнечных лучей.

Особенное значение на марше имеет достаточное и своевременное питание людей (выдача 3 раза в сутки доброкачественной горячей пищи и горячего чая, внимательное и рациональное составление суточных меню-раскладок с учетом заданного режима марша в течение данных суток, установление времени приемов пищи). Марш следует начинать не ранее как через 1½—2 часа после приема пищи.

Не менее важное значение во время марша играет установление рационального режима питья на марше. Как уже указывалось, общая потеря веса организмом за счет воды во время марша может достигать 3—4 и более килограммов. При этом нужно учитывать, что выпиваемая во время работы (марш) жидкость плохо усваивается организмом, а беспорядочное и излишнее питье ведет к перегрузке организма жидкостью, что затрудняет деятельность сердца и дыхания и вызывает излишнее потение. Поэтому пить целесообразно только на отдыхе (на привалах, на ночлеге).

Известно, что при марше организм человека может без всякого ущерба для своей работоспособности переносить значительные потери воды (1—2 л) и легко восстанавливать их систематическим питьем на привалах, ночлеге. Тренировку в соблюдении питьевого режима следует организовать на всех учебных занятиях, связанных с маршевой подготовкой. В основу должно быть положено воспитание у солдат соблюдения дисциплины в питье. Это может быть достигнуто разъяснением личному составу значения для сбережения сил в походе основных правил питьевого режима, в частности, воздержания от излишне-

го (бесполезного и вредного) питья на марше, воспитания у солдат бережного отношения к носимому во фляге запасу воды, с расходованием ее лишь в случае действительной необходимости. Необходимо добиваться, чтобы запас воды, носимый во фляге, при двукратном наполнении ее в течение суток обеспечивал потребность людей во время марша до мест больших привалов и ночлега.

В условиях, когда марш происходит в тяжелой метеорологической обстановке (температура воздуха свыше 25°, большая относительная влажность — свыше 80%, слабое или полное отсутствие ветра), происходит обильное потоотделение и большая потеря организмом соли.

В этих случаях для сохранения солевого равновесия в тканях появляется необходимость дополнительного введения в организм поваренной соли. Она выдается за завтраком и обедом примерно по 5—7 г (лучше на хлебе), дополнительно к соли, принимаемой в пище.

Активное участие врачей частей в разработке программ и режима маршевой подготовки части в интересах систематического повышения уровня физического развития и выносливости солдат представляет важнейшую задачу медицинской службы.

Маршевая тренировка обеспечивается в процессе всей боевой подготовки войск.

В учебных планах и программах боевой подготовки стрелковых частей на тренировку в марше предусматривается выделение специального времени.

Так, в лагерном периоде на выполнение маршей в связи с тактическими учениями отводится около 40 часов.

Однако для достижения надлежащей подготовленности личного состава в марше только этого времени было бы недостаточно. Для маршевой тренировки должны быть широко и планомерно использованы все другие возможности, которые представляются летней учебой войск. Наибольшее значение в этом отношении, как будет показано ниже, имеют переходы подразделений части на учебные поля и стрельбища.

Большую вспомогательную роль в повышении маршевой тренированности играет утренняя зарядка, проводимая в форме втягивания в ходьбу и бег, а также массовая спортивная работа, особенно такие ее формы, как подготовка и участие солдат в кроссах.

В деле маршевой подготовки большое значение имеет обучение рядового состава правильной технике ходьбы (проходным шагом, бегом, в снаряжении и т. д.), а также правильному дыханию во время движения. Практически с этого и следует начинать тренировку в марше.

В основе тренировки в марше, как и всякой физической тренировки, лежат сложные физиологические процессы. Их сущностью является систематическое приспособление организма к большим и все возрастающим физическим напряжениям.

Эффект повышения работоспособности организма при тренировке неизбежно связан с наступлением при отдельных тренировочных занятиях определенного утомления организма. Без этого тренированность, выносливость достигнуты быть не могут.

Однако это «нормальное» утомление не должно переходить определенных границ, т. е. быть чрезмерным, так как в последнем случае вместо повышения наступает снижение работоспособности организма.

Проведенные за ряд лет научные исследования показывают, что широко принятый ранее метод маршевой тренировки, основанной на постепенном увеличении проходимой дистанции с неизменяемой скоростью, мало целесообразен. Он связан с большой тратой времени и не обеспечивает высокого тренировочного результата.

Наиболее целесообразна система тренировки со смешанной нагрузкой: чередование переходов на небольшие расстояния (3—6 км), про-

ходимые с повышенной скоростью (6—7 км в час), с переходами с нормальной скоростью (до 5 км в час).

В соответствии с этим в плане и программе тренировки следует предусматривать формы «смешанного передвижения» (чередование при движении ходьбы и бега) в виде коротких бросков, начиная с 1—1½ км. При этом нужно иметь в виду, что бег, особенно в снаряжении, резко повышает физиологическую нагрузку. Поэтому бег должен применяться в начале тренировки на небольшие расстояния (100—200 м), сменяясь ходьбой.

Такая система тренировки на марше представляет большие практические удобства, так как осуществляется главным образом в порядке переходов подразделений на учебные поля и стрельбища и поэтому не требует много специального времени.

Вместе с тем достигаемая в результате планомерного выполнения коротких маршей-бросков тренированность личного состава в скоростном марше, т. е. в условиях работы организма с повышенной мощностью, является необходимой физиологической базой и для подготовки к маршу с уставной скоростью на большие расстояния.

Подразделения, тренированные к переходам на небольшие расстояния со скоростью 6,5—7км в час, уже после 2—3 тренировок на «промежуточных» дистанциях (10—12 км) будут способны к выполнению переходов на 25—30 км и более со скоростью 5 км в час.

Таким образом, при разработке программ маршевой подготовки практически наиболее важна продуманная система использования для тренировки переходов подразделений на тактические и стрелковые занятия.

Эта тренировка ведется, как правило, в составе взвода под руководством его командира. Переход на стрельбище в форме броска проводится в среднем 2 раза в неделю через 2—3 дня. Более частое проведение тренировок в форме броска нецелесообразно. Это может повести к переутомлению бойцов.

В «нетренировочные» дни переход на стрельбище или на учебное поле совершается в обычном темпе (скорость 5 км в час).

Нецелесообразно также назначение тренировочных бросков накануне и на следующий день после маршей, выполняемых по программе, в связи с тактической подготовкой в специально отводимое для этого время.

В основе тренировочного броска лежит «смешанное передвижение» — чередование ходьбы и бега.

Изменение нагрузки и ее смена от занятия к занятию идут за счет повышения скорости движения (увеличение удельного веса передвижения на броске бегом).

Броски выполняются как самостоятельная форма тренировки в марше или ими завершается переход на стрельбище с уставной скоростью.

Планомерное проведение тренировочных занятий в маршах-бросках имеет особенное значение в начальном периоде лагерного сбора, когда закладывается основа тренированности солдат к походному передвижению.

Представление об общих принципах построения маршевой подготовки в лагерный период обучения дает примерная схема тренировки (табл. 1).

Как видно из приведенной схемы, дистанция при тренировочных маршах-бросках в отдельные дни может доходить до 5—7 км.

Для многих лагерей это значительно превышает расстояние от расположенных частей до учебных полей и стрельбищ. В таких случаях неизбежно движение на стрельбище на отдельных тренировках не по кратчайшему пути, а по кривой.

Таблица I

Неделя тренировки	Тренировка	Режим движения	Примерная дистанция (в км)	Примерное время (в минутах)
1	1	Изучение техники ходьбы и бега . .	2—2,5	20—25
	2	То же	2—2,5	20—25
	3	Ходьба 4 минуты; бег 1 минута; повторить 5 раз	2,5—3	25
2	4	Ходьба 4 минуты; бег 1 минута; повторить 6 раз	3—3,5	30
	5	Ходьба 4 минуты; бег 1 минута; повторить 4 раза	2,5	25
3	6	Ходьба 4 минуты; бег 1 минута; повторить 7 раз	3,0	30
	7	Переход в составе роты	6,0	60
4	8	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 5 раз	3,0	25
	9	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 8 раз	5,5	48
5	10	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 5 раз	3,3	30
	11*	Переход в составе батальона (первые 4 км в противогазе, последние 4 км — бросок) с тактическим ученьем	20,0	5 часов
6	12	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 8 раз	5,5	48
	13	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 6 раз	3,5	30
7	14	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 10 раз	7,2	60
	15	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 7 раз	4,4	35
8	16	Переход роты с тактическим учением	10	2 часа
	17	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 6 раз	3,8	30
9	18	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 10 раз	7,2	60
	19	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 6 раз	3,8	30
10	20*	Переход роты с тактическим учением	25	8 часов
	21	Ходьба 4 минуты; бег 8 минут; повторить 8 раз	5,5	48

Продолжение табл 1

Неделя тренировки	Тренировка	Режим движения	Примерная дистанция (в км)	Примерное время (в минутах)
11	22	Ходьба 3 минуты; бег 2 минуты; повторить 6 раз	3,8	30
	23	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 10 раз	7,2	60
12	24*	Марш-бросок роты	15	2,5 часа
	25	Ходьба 4 минуты; бег 2 минуты; повторить 6 раз	3,8	30
		И так далее		

Примечания. 1. При ходьбе применяется походный шаг: 110—120 шагов в 1 минуту, размер шага 70—80 см; движение бегом 165—180 шагов в 1 минуту, размер шага 85—90 см.
2. Значком * помечены переходы предусмотренные в программах на маршевую подготовку.

На тренировочных занятиях целесообразно менять время от времени маршруты, добиваясь у солдат овладения техникой передвижения в условиях разнообразного рельефа и грунта. В процессе маршевой подготовки важнейшее значение имеет планомерное повышение нагрузки за счет введения передвижения в противогазе и увеличения веса снаряжения.

Втягивание в ходьбу в противогазе надо проводить на переходах со скоростью не более 4—5 км в час, на легких для передвижения участках маршрута, начиная с небольших расстояний (500—1 000 м).

Увеличение веса снаряжения солдат на марше должно итти также постепенно.

Полное походное снаряжение может быть введено лишь при достаточной тренированности личного состава в походном движении (как правило, не ранее 7—8 недели), начиная с небольших переходов с уставной скоростью.

При тренировочных маршах-бросках полное походное снаряжение не применяется вовсе.

Большая физиологическая нагрузка организма при марше делает особенно важным при маршевой тренировке хорошо организованный медицинский контроль за физическим состоянием личного состава и в первую очередь за здоровьем физически отстающих лиц.

Помимо широкого использования ежемесячных медицинских осмотров и выборочных обследований контрольных подразделений, в этой работе большое значение имеет наблюдение за физическим состоянием личного состава в процессе отдельных тренировок в марше.

Медицинским работникам и строевым командирам необходимо знать признаки утомления солдат на походе с тем, чтобы следя за их появлением, можно было своевременно принять необходимые меры. Для практических целей имеет особое значение наблюдение за так называемыми внешними признаками утомления. Эти наблюдения просты и легко могут быть организованы.

Для оценки степени утомления солдат на марша можно пользоваться следующей схемой (табл. 2).

Таблица 2

Объект наблюдения	Признаки степени утомления		
	небольшого	значительного (среднего)	большого
Окраска кожи и лица	Небольшое покраснение	Значительное покраснение	Резкое покраснение, или побледнение, синюха
Потливость	Небольшая	Большая, особенно верхнего пояса	Особенно резкая, включая и нижний пояс, выступание соли на одежде
Дыхание	Учащенное ровное	Сильно учащенное	Сильно учащенное, поверхностное, отдельные глубокие вдохи, сменяющиеся беспорядочным дыханием
Движение	Бодрая походка	Неуверенный шаг, покачивание туловища	Резкое покачивание туловища, отставание на марше

В числе практических мероприятий, вытекающих из наблюдений за физическим состоянием солдат на походе, могут быть проведены: снижение темпа движения, временное освобождение утомленных людей от части снаряжения, посадка их для отдыха на имеющийся транспорт, а иногда даже назначение внеочередных привалов.

Накануне маршей, связанных с большой нагрузкой (большое расстояние, условия погоды и т. д.), старейший врач должен доложить командиру части о необходимых мероприятиях, вытекающих из данных медицинского контроля за физическим состоянием личного состава. Общий порядок проведения маршевой подготовки будет во многом зависеть от особенностей частей (специальные задачи и условия боевой подготовки, особенности физического состояния личного состава, климато-географические особенности и пр.).

Поэтому для накопления опыта и дальнейшего усовершенствования системы маршевой подготовки в войсках огромное значение будет иметь исследовательская работа в этой области, проводимая в самих частях. В основу этой работы должны быть положены наблюдения за отдельными подразделениями (взвод, рота) с использованием простейших методов исследования (измерение веса, исследование пульса, оценка физического состояния по внешним признакам утомления и др.) с последующей тщательной разработкой результатов медицинских наблюдений и даных учета хода тренировки.

При организации медицинского обеспечения маршевой подготовки не должны быть забыты вопросы медицинской помощи на марше.

В отношении этой работы особая роль выпадает на средний медицинский состав и санитарных инструкторов подразделений. Они должны в совершенстве знать признаки заболеваний, характерных для марша, и уметь своевременно оказать медицинскую помощь (солнечный и тепловой удар, потертости и т. д.). Хорошо должны быть продуманы и отработаны на практике вопросы транспортировки заболевших на марше, что имеет особое значение для походов, выполняемых частями и соединениями.

★

А. Г. ИСАХАНОВ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИВИЗИИ ПРИ ПОДВИЖНОЙ ОБОРОНЕ И НАСТУПЛЕНИИ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ ВОЙНЫ

Я хочу поделиться опытом работы МСБ N-ской дивизии, действовавшей в горно-лесистой местности. Еще в то время, когда дивизия находилась во втором эшелоне, мы начали теоретически и практически готовить личный состав медицинской службы полков и личный состав МСБ к предстоящим боям в горно-лесистой местности. Внимание концентрировалось на правильной организации медицинского обслуживания раненых, начиная с переднего края, правильном и своевременном оказании доврачебной и врачебной помощи, борьбе с шоком, остановке кровотечения, иммобилизации, блокаде по Вишневскому, футлярной анестезии, поясничной блокаде, переливании крови и кровозаменителей, правильной документации, учете и ведении отчетности. Эта работа продолжалась и в то время, когда дивизия была на марше, а затем в обороне.

После каждой боевой операции МСБ созывал совещания полковых медицинских работников. На совещаниях подробно разбирали все дефекты в работе, причины их, отмечали положительный опыт как отдельных товарищей, так и целых подразделений. Проведение подобных совещаний облегчалось тем, что для проверки работы на переднем крае и для инструктажа мы к каждому полку прикрепили хирурга-ординатора, часто выезжавшего на место и прекрасно изучившего работу своего подразделения.

Весь медицинский состав МСБ был разбит на три бригады, а имущество операционно-перевязочного взвода — на две очереди. К первой очереди относились инструментарий, стерильный и перевязочный материал и все необходимое для оказания квалифицированной медицинской помощи в любой момент и в любых условиях.

Имущество содержалось в сумках, сшитых из простынь, и в цветных наволочках. В дальнейшем эти сумки мы заменили обычными вещевыми мешками. На каждой сумке был ярлычок с описью имущества и фамилией владельца. Сумки хранили всегда в определенном месте. В случае тревоги каждый медицинский работник брал свою сумку и становился на отведенное ему место в своей бригаде.

Имущество распределялось так, что каждая бригада могла работать самостоятельно — делать все виды операций.

Во время стремительного наступления создавалось пять хирургических бригад (четыре возглавляли ординаторы хирургического взвода, а пятую — ведущий хирург), при этом одна-две, а иногда даже три бригады оставались с нетранспортабельными ранеными (в основном после лапаротомии и закрытия пневмоторакса).

В сумках врачей и медсестер обязательно имелись халаты, маска, колпак, косынка, перчатки, стерильные пакеты с салфетками, бинтами, шприц, камфора, морфин, кофеин, спирт, иод, хлорэтил, эфир, свечи, спички и ампулы с сыворотками. Врачи и операционные сестры, кроме того, имели мягкие укладки с инструментарием для всех видов операций.

В каждую бригаду входили ответственные лица — наркотизаторы, шинизаторы, по переливанию крови, имевшие специальные упаковки со всем необходимым. Каждый из других членов бригады в своей укладке носил 2 сетчатые шины, 5 фанерных, 3 флакона эфира, 3 ампулы хлорэтила, а старшие сестры и один из хирургов, кроме того, — новокаин, физиологический раствор, жидкость Попова и систему для переливания крови.

Санитары снабжались сумками санинструкторов. В каждую бригаду входило три ответственных санитара: один отвечал за стерилизацию инструментов (у него находился примус в деревянной клетке с ручкой и бидон с 5 кг керосина); второй обеспечивал мытье рук (у него находились тазики, нашатырный спирт, рукомойник, 3 щетки, мыло, полотенца и таз для стола); третий отвечал за освещение (носил фонарь, специально сконструированный для работы на открытом воздухе, лампы, свечи и спички). Аккумулятор на 12 V с рефлекторами и лампочками перебрасывали с вещами второй очереди.

В состав имущества первой очереди входили:

1. Инструментарий в мягких укладках (большой операционный набор и 2 стерилизатора). 2. Малый операционный набор (2 мягкие укладки, деревянный пенал и 1 стерилизатор). 3. 3 бикса (1 большой и 2 средних со стерильным материалом). 4. Стерильный материал в наволочках из расчета на 3 дня боя для всей дивизии. 5. Комплекты Б-1 — 4 шт. 6. Комплекты Б-3 — 3 шт. 7. Спирт винный — 4 кг. 8. Спирт денатурированный — 4,5 кг. 9. Пантопон в ампулах — 120 шт. 10. Морфин в ампулах — 300 шт. 11. Камфора в ампулах — 300 шт. 12. Кофеин в ампулах — 150 шт. 13. Лобелин в ампулах — 30 шт. 14. Эфедрин в ампулах — 10 шт. 15. Шелк разных номеров в ампулах — 135 шт. 16. Кетгут разных номеров в ампулах — 135 шт. 17. Эфир для наркоза — 24 флакона. 18. Хлорэтил — 60 ампул. 19. Глюкоза — 60 ампул. 20. Кальций хлорат — 30 ампул. 21. Кожный клей — 6 флаконов. 22. Противостолбнячная сыворотка — 200 доз. 23. Антигангренозная сыворотка — 60 доз.

Кроме того, каждая бригада имела: растворы риванола 1 : 1 000 500,0 и новокаина 0,15% 500,0; мазь Вишневского 500,0; физиологический раствор 0,85% 1 000,0, иод 600,0, нашатырный спирт 200,0, вазелин стерильный 100,0, новокаин в порошке 20,0, хлорамин в порошке 30,0, почкообразные тазики, тазики четырехугольные с крышками, дренажные трубки, катетеры, кружки Эсмарха, желудочный зонд, утки, судна, кислородную подушку, кислородный ингалятор.

Кроме того, имелись продукты (сухой паек) на 2 дня.

Стерильный материал, растворы и продукты пополнялись по мере расхода.

Вес сумок сестер и врачей колебался от 4 до 8 кг, санитаров — от 10 до 14 кг (2 сумки весили 20 кг).

Для операционно-перевязочного взвода мы сконструировали легкий портативный инвентарь, удобный для переноски на плечах (операционные и стерильные столы, койки, умывальник и систему для переливания крови).

В состав имущества второй очереди входили: автоклав, операционный стол (железный), аккумулятор, палатки, комплект Б-1, Б-3, ПР-2, ПР-1 и т. д.

Все имущество было распределено по повозкам. Повозочные, зная свой груз, быстро грузили его на повозки и отвечали за сохранность имущества в пути.

Имущество других подразделений МСБ (госпитального взвода, сортировочного, медснабжения, штаба, хозяйственного и др.) также было распределено на две очереди.

Аптечное имущество мы укладывали в специальные небольшие легкие ящики с крышками и ручками.

Помощник начальника медснабжения с имуществом первой очереди следовал в основной передовой группе, а начальник медснабжения с имуществом второй очереди оставался на базе. В том же порядке передвигались остальные подразделения.

Во время боевых действий мы выделяли отдельную группу, располагавшуюся на дороге, по которой шел поток легко раненых.

Основная группа состояла из двух бригад, работавших по 12 часов на 4 столах. Каждую бригаду, как уже говорилось, возглавлял хирург-ординатор. Ведущий хирург руководил работой бригады и делал сложные операции. Сестры были распределены в следующем порядке: первая обслуживала 4 операционных стола, вторая производила инъекции (морфин, сыворотки, сердечные и внутривенные вливания и т. д.), третья и четвертая снимали и накладывали повязки и шины. Этим сестрам помогали два санитара (оба впоследствии получили звание санинструкторов).

Сестры систематически менялись: та, которая накануне обслуживала операционные столы, становилась на инъекции и т. д. Старшая сестра руководила работой остальных сестер и снабжала их стерильным и перевязочным материалом и медикаментами.

Благодаря правильной организации работы и правильной расстановке сил, мы ни разу не ощущали недостатка ни в стерильном и перевязочном материале, ни в медикаментах. Даже, наоборот, были случаи, когда нам приходилось снабжать соседние МСБ и ПМП стерильным материалом, шелком, кетгутом, новокаином и т. д.

Между расположением ударной группы и базой на перевале мы организовали питательно-обогревательный перевязочный пункт. Во главе пункта стояли военфельдшер и сестра. Здесь раненые отдыхали, получали чай и пищу. Проверялись и, если нужно, исправлялись повязки.

В районе боевых действий нашей дивизии — в горно-лесистой местности — была одна горная дорога с крутыми подъемами и спусками. Во время дождей дорога становилась непроезжей. Поэтому для передвижения бригады и перевозки имущества, а также для эвакуации раненых мы использовали три вида транспорта: автомобильный, гужевой и вьючный.

Каждая бригада имела полуторатонную машину с приспособлениями съемными сиденьями. На эту же машину грузилось имущество бригады и вещи ее личного состава.

Имущество второй очереди операционно-перевязочного взвода также отправлялось на автомашине.

Гужевым транспортом наш МСБ пользовался в период боев с 18 августа по 11 сентября и с 25 по 29 сентября. Каждая бригада имела по три подводы, на которых переезжал личный состав и перевозились укладки и личное имущество. На подъемах и спусках люди в полном вооружении шли пешком, местами помогая лошадям. К подводам были прикреплены повозочный и ответственный за имущество. Каждый из них имел список имущества, находящегося на данной подводе, а командир взвода — тетрадь, в которую записывался номер подводы и находящееся на ней имущество, фамилии повозочного и личного состава, сопровождавшего повозку.

Зимой единственным видом транспорта был вьючный. Личный состав бригад двигался пешком с сумками на плечах. Личное имущество, а также наиболее тяжелые укладки санитаров перевозились во вьюках на лошади. Сверху вьюки покрывали плащ-палатками. Количество лошадей, закрепленных за каждой бригадой, зависело от наличия конского состава. Имущество второй очереди хранилось в переметных сумах (перевязочный и стерильный материал — в мешках из клеенки), а для жидкостей мы имели портативные ящики с гнездами. Для перевозки автоклава и динамомашины были сделаны коляска на старых автомобильных колесах и волокуша.

★

Полковник мед. службы В. В. СКВОРЦОВ и майор мед. службы М. К. СОКОЛОВ

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ РАБОТЫ ПО НАУЧНО-МЕДИЦИНСКОМУ КОНТРОЛЮ ЗА ПИТАНИЕМ И ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКОЙ ВОЙСК

Со второго полугодия 1946 г. войсковые врачи и гигиенисты СЭО проводят работу по научно-медицинскому контролю за питанием и физическим состоянием личного состава с применением метода изучения энерготрат. Несмотря на непродолжительность работы, уже сейчас обнаруживаются положительные стороны рекомендованного ГВМУ комплексного метода контроля.

Практическая ценность упомянутого метода, кроме его доступности для врача части, заключается в возможности детального медицинского анализа режима учебно-боевой подготовки и отдыха солдата. Изучение физической нагрузки, питания, физического развития и состояния здоровья и сопоставление полученных данных позволяют выявлять и устранять возможные вредные воздействия на организм.

Осуществление научно-медицинского контроля уже на первом своем этапе дало возможность установить ранее оставшиеся незамеченными существенные недостатки, особенно в организации распорядка занятий и отдыха личного состава частей.

Проведение контроля позволило также с известной долей приближенности определить величину физической нагрузки и соответствие ее питанию, получаемому личным составом.

Суточные энерготраты одних и тех же специалистов частей по материалам наблюдений оказались неоднородными.

При нормальной физической нагрузке и соблюдении отдыха, установленного Уставом Внутренней службы, энерготраты личного состава соответствовали калорийности питания, предусмотренной нормами приказа НКО № 312.

В случаях значительной физической нагрузки и плохой организации питания нередко отмечались более высокие энерготраты личного состава по сравнению с калорийностью пищевых пайков.

Анализ данных хронометрирования рабочего дня показал, что несоответствие между энерготратами и суточной калорийностью объясняется главным образом недочетами распорядка дня. В отдельных частях имели место такие нарушения распорядка дня, как сокращение времени для дневного отдыха и выполнение в течение длительного времени хозяйственных работ, связанных со значительным физическим напряжением и пр.

Материалы медицинского контроля послужили основанием для издания Военными советами некоторых округов соответствующих приказов об устранении организационных недочетов в распорядке рабочего дня и в питании личного состава.

Медицинская служба округов уделила достаточно большое внимание вопросам предварительной подготовки к проведению научно-медицинского контроля за питанием и физическим состоянием личного состава (инструктивные совещания, опытный хронометраж, прием зачетов и др.).

Однако не все работники медицинской службы с достаточной полнотой уяснили себе роль и значение предложенного ГВМУ метода науч-

но-медицинского контроля и некоторые из них ограничили работу выявлением соответствия энерготрат калорийности питания личного состава.

Вопросы анализа физического состояния личного состава, динамика физического развития, учета физически ослабленных, индивидуального регулирования физической нагрузки еще не нашли должного отражения в работе целого ряда округов.

В практике работы по изучению энерготрат на местах возник целый ряд вопросов, которые требовали своего разрешения. Так, при выборе метода хронометрирования большинство округов правильно остановилось на применении индивидуального хронометрирования. Наряду с этим отдельные округа проводили как индивидуальный, так и групповой хронометраж.

Из материалов наблюдений видно, что групповой хронометраж более затруднителен и менее точен. Представляет большие трудности точное хронометрирование групп в периоды отдыха, когда отдельные лица используют отдых неодинаково, а также и в период занятий, когда отдельные элементы работы разными лицами выполняются не одновременно.

Эти трудности сказываются на точности записей. В одной из записей группового хронометража значится спуск группы с 4-го этажа лестничной клетки на 1-й в течение явно завышенного периода — 9 минут; повидимому, засекались моменты начала спуска первых людей из группы и конец спуска последнего человека.

Отдельные округа недостаточно серьезно подошли к отбору испытуемых лиц. Наблюдения в отдельных случаях проводились над лицами, занятыми необычной для части работой, в условиях необычного для части распорядка дня. Были случаи хронометрирования лиц, занятых продолжительное время в течение дня тяжелыми хозяйственными работами, получивших в тот же день назначение в наряд с крайне сокращенным временем сна.

Изучение таких случаев представляет определенный интерес, однако они не могут характеризовать режима работы и отдыха, а также и энерготрат личного состава части.

Округа редко ставили задачу изучения энерготрат определенных специалистов. Наблюдения обычно велись или над курсантами, или над рядовыми и сержантами без учета их узкой специальности. Такие нецелеустремленные наблюдения не дадут нужного материала для оценки физической нагрузки и внесения коррективов в распорядок дня.

В последующей работе необходимо более четко поставить задачу изучения энерготрат и режима учебно-боевой подготовки и отдыха солдат. Нужно взять ориентировку на изучение в первую очередь основных специальностей: стрелковых, механизированных, артиллерийских и других частей. Изучение должно охватить различные периоды боевой подготовки (лагерный, зимний и т. п.).

В указаниях по научно-медицинскому контролю точно регламентировалось, кого по состоянию физического развития следует выбирать в качестве испытуемых лиц.

Этот вопрос должны решать врачи частей на основе данных периодических медосмотров личного состава частей. Наблюдение надлежало вести над бойцами, физическое развитие и состояние здоровья которых возможно более соответствуют среднему уровню физического состояния и тренированности личного состава всего подразделения.

Не всегда такие наблюдения велись над лицами со средним типичным для данной части физическим развитием.

В группу испытуемых в отдельных частях попадали лица и в 50, и в 80 кг весом. При вычислении энерготрат по существующей методике за единицу принимаются энерготраты на 1 кг.

Таким образом, энерготраты у лиц с весом в 80 кг окажутся много выше (приблизительно в $\frac{80}{50} = 1{,}6$ раза), чем у лиц с весом в 50 кг. Такой неудачный выбор испытуемых искажает оценку физической нагрузки части.

Весьма важным представляется вопрос о длительности хронометража. Практика работы частей с преимущественно однодневными наблюдениями себя не оправдала. Однодневные данные не могут характеризовать труда отдельных специалистов. Они не отражают особенностей режима в отдельные дни, особенно в предвыходные и выходные дни, несения нарядов и других особенностей службы. С другой стороны, опыт хронометража в течение нескольких суток показывает на значительную разницу в физической нагрузке одних и тех же лиц за отдельные дни — до 600 и более калорий. Продолжительность хронометрирования работы отдельных лиц нужно увеличивать до нескольких суток и по возможности до недели, куда входили бы и праздничные, и предпраздничные дни.

Некоторые затруднения встретились при подборе коэфициентов энерготрат отдельных видов работ, непредусмотренных таблицей, например: чистка обуви, подъем по лестнице и др. В большинстве случаев коэфициенты энерготрат для отдельных видов работ подбирались в пределах таблицы правильно. Однако в применении коэфициентов энерготрат наблюдались и серьезные ошибки. В одной из хронокарт объединены в один вид работы — получение и переноска продуктов — и оба вида работ приравнены к энерготратам при переноске снарядных ящиков. В другом случае за отсутствием коэфициента энерготрат при игре на духовых инструментах, этот вид работы приравнен к надуванию камеры автомашины.

Необходимо расширить список коэфициентов, указанных в имеющейся таблице энерготрат. Последнее возможно только на основе специального изучения отдельных видов работ с применением метода газообмена.

К сожалению, СЭО округов упомянутую работу еще не развернули.

Как недочет отдельных наблюдений следует отметить неправильное пользование укрупненными показателями. В таблице содержится ряд таких показателей, как «стрелковый урок», «урок тактической подготовки», «физические упражнения». Одним из округов была сделана попытка подсчитать энерготраты личного состава при выполнении месячного учебного зимнего плана, общевойсковой боевой подготовки. Все отведенное на уроки тактической, стрелковой и физической подготовки время (за вычетом перерывов) помножено для расчета энерготрат на упомянутые коэфициенты.

Такой прием привел к явно завышенным величинам энерготрат. Нужно иметь в виду, что урок физической подготовки, например, слагается из целого ряда элементов — движений строем, выполнения физических упражнений, перерывов между отдельными упражнениями и др., энерготраты при которых далеко не однородны. Строевые или тактические занятия по своему содержанию (программе) и темпу выполнения также являются неоднородными.

Укрупненные показатели для какого-либо определенного занятия, например, для того или другого вида урока, целесообразно устанавливать на основе данных повторного детального хронометрирования всех элементов такого урока на местах, в своих частях. Установленные таким путем средние показатели энерготрат урока (занятия) окажут существенную помощь при составлении плана учебно-боевой подготовки личного состава в своих частях.

Пользование укрупненными показателями имело место и при проведении хронометрирования. Так, в некоторых записях хронометрирова-

ния значатся длительные, без перерывов, работы: погрузочные работы в течение 240 минут, изучение устава—110 мин., копание рва—150 мин. Это значит, что при хронометрировании тех или других занятий, последние не расчленялись на отдельные элементы работы. При погрузочных работах не измерялось время движения с грузом, без груза, при всех видах упомянутых работ не учитывали перерывов. Такие приемы хронометрирования ведут к искаженной оценке энерготрат.

В большинстве частей практиковалось сравнение энерготрат с суточной калорийностью за день обследования, расчетной или определенной лабораторным путем. Такое сравнение не дает уверенности в точности получаемых результатов.

Разовая калорийность питания может быть следствием случайных, непостоянных причин.

Указанием по организации научно-медицинского контроля за физическим состоянием и питанием предусматривалось проведение периодической, не реже двух раз в неделю, проверки суточной калорийности расчетным методом.

Целесообразно при оценке соответствия питания личного состава суточным энерготратам сравнивать энерготраты не только с суточной калорийностью за дни наблюдения, но и со средней суточной калорийностью за дни наблюдения, и со средней суточной калорийностью за предшествовавший обследованию месяц (из данных периодических подсчетов калорийности питания).

Оценку соответствия физической нагрузки калорийности питания личного состава нельзя, конечно, ограничивать данными энерготрат.

Метод расчета энерготрат по записям хронометрирования рабочего времени применяется в массовом масштабе впервые. Показатели энерготрат при различных видах работ требуют уточнения. Имеющиеся коэфициенты еще не обнимают всех видов энерготрат.

Поэтому нужна особая осторожность при анализе полученных при изучении энерготрат материалов.

Вывод о соответствии питания физической нагрузке личного состава должен строиться на основе строгого учета и сопоставления показателей всех примененных методов медицинского наблюдения за физическим состоянием и состоянием здоровья личного состава (питание личного состава в количественном и качественном отношении, физическая нагрузка и энерготраты личного состава, физическое состояние личного состава и его динамика, заболеваемость и динамика ее).

В этих условиях особое значение приобретают данные антропометрических измерений, а среди них в особенности динамика веса личного состава.

Однако систематизированных материалов о научно-медицинском контроле за физическим состоянием и питанием войск во всем своем объеме пока еще нет.

Только по отдельным частям прослежена связь между физической нагрузкой (энерготратами), питанием и физическим состоянием личного состава.

Применение метода хронометража рабочего дня оказалось полезным не только для определения энерготрат, но и для выявления и устранения имеющихся в частях и подразделениях организационных недочетов в распорядке рабочего дня, что отмечалось выше.

Медицинская служба на основании анализа хронометража рабочего дня может оказать существенную пользу командованию в правильном планировании распорядка рабочего дня, чередовании тяжелых и легких работ, изменения в необходимых случаях общей и индивидуальной нагрузки. Для этого нужна также тесная и постоянная связь с отделами, руководящими боевой и физической подготовкой войск в округах.

Выводы

1. Научно-медицинский контроль за физическим состоянием и питанием личного состава с применением метода изучения энерготрат может обеспечить эффективное воздействие медицинской службы на повышение уровня здоровья личного состава.

2. Работу по изучению режима учебно-боевой подготовки, физической нагрузки и энерготрат личного состава необходимо в первую очередь сосредоточить на изучении основных специальностей стрелковых, механизированных и артиллерийских частей.

3. Хронометрирование необходимо производить в течение нескольких суток, по возможности до недели, с учетом выходных и предвыходных дней.

4. Оценка соответствия питания физической нагрузке личного состава должна производиться на основе полного учета и сопоставления показателей всех методов медицинского наблюдения за физическим состоянием и состоянием здоровья личного состава и в том числе метода изучения энерготрат.

★

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

В ПРЕЗИДИУМЕ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК СССР

В декабре 1946 г. Президиум Академии медицинских наук СССР созвал 2-ю конференцию по изучению санитарных последствий войны[1]. В работах конференции приняли участие министр здравоохранения УССР И. Ф. Кононенко, заместитель министра здравоохранения Казахской ССР И. С. Корякин, акад. Н. А. Семашко. Письменные доклады представили действительные члены Академии медицинских наук СССР С. А. Новосельский и М. Д. Тушинский. В работах конференции также активно участвовал ряд докторов медицинских наук, профессоров, доцентов, руководителей кафедр организации здравоохранения медицинских институтов Москвы и периферии.

17 декабря был заслушан доклад акад. Н. А. Семашко «Состояние мероприятий по ликвидации медико-санитарных последствий войны» и содоклады с мест.

Тов. Семашко сообщил, что материалы, которыми располагает Институт здравоохранения Академии медицинских наук СССР, а также отчеты и письма с мест свидетельствуют о том, что в последнее время достигнуты серьезные успехи в ликвидации санитарных последствий войны. Достаточно сказать, что на 1 января 1946 г. сеть амбулаторно-поликлинических учреждений выросла до 102,5% по отношению к 1941 г. по городам и до 105% — по сельским местностям. Восстановление медицинской сети в областях, которые временно были оккупированы врагом, идет медленнее, чем в других районах. Одновременно с развертыванием внебольничной помощи населению необходимо качественно улучшить работу этой сети. Особенно большое внимание докладчик призывает уделить проблемам борьбы с раком, как этого требует постановление правительства от 30 апреля 1946 г.

Количество больничных коек на 1 января 1946 г. в городах выросло до 107% по сравнению с 1941 г., а в селах — до 106%. Докладчик указывает, что среднегодовая занятость больничных коек, по отчетам 1945 г., равнялась 280 дням в городах и 234 дням — в сельских местностях, в то время как в 1940 г. было соответственно 306 и 253 дня.

В 1945 г. полностью не использовались преимущественно самые важные виды стационарной помощи, а именно койки в родильных, туберкулезных, детских и других отделениях больниц.

Н. А. Семашко подчеркнул, что по сравнению с 1944 г. показатели 1945 г. свидетельствуют о значительном численном и качественном улучшении лечебной помощи населению.

Резюмируя свое выступление, Н. А. Семашко призывает к строжайшей бдительности при оценке тех или иных статистических данных и отмечает необходимость детального изучения отдаленных последствий войны у подрастающего поколения. Одним из основных условий научно-исследовательской работы по изучению медико-санитарных последствий войны на ближайшем этапе является комплексность изучения.

В содокладе «Первые итоги ликвидации санитарных последствий войны и оккупации УССР в области здравоохранения» проф. С. С. Каган отметил, что процесс ликвидации санитарных последствий войны и оккупации УССР начался одновременно с изгнанием фашистских захватчиков.

В основном восстановительная работа в области народного здравия в УССР заключалась в воссоздании органов здравоохранения, отборе руководящих кадров для аппаратов здравоохранения, распределении медицинских кадров в соответствии с потребностями населения, в восстановлении медико-санитарных учреждений, реконструкции и оснащении их, возрождении всей системы советского здравоохранения и медицинской науки, выявлении заболеваемости населения (подворные обходы, обследования, экспедиции, изучение физического развития) и, наконец, в широком вовлечении масс населения в дело возрождения советского здравоохранения.

Председатель Комиссии по изучению медико-санитарных последствий войны в Ленинграде — член-корреспондент Академии медицинских наук СССР проф. Р. А. Бабаянц сделал содоклад о ходе изучения и ликвидации медико-санитарных последствий войны в Ленинграде. Следует особо подчеркнуть, что как показывают работы, законченные под руководством проф. И. И. Богорова, такие последствия войны и блокады Ленинграда, как мертворождаемость, повышенная смертность новорожденных и повышенная заболеваемость и смертность среди рожениц, могут считаться ликвиди-

[1] 1-я конференция — см. «ВМЖ», № 10, 1946 г.

рованными. Существенно не изменились пока показатели недонашиваемости, до сих пор еще тяжело протекает эпилепсия, остается повышенным число случаев осложнений при беременности — генитальный инфантилизм и пр. Борьба с этими последствиями, по мнению докладчика, заключается в широкой витаминизации беременных, улучшении обслуживания их в консультациях и в охвате патронажем, в проведении более радикальных мер по борьбе с раком и пр.

Большой интерес вызвал доклад действительного члена Академии медицинских наук СССР С. А. Новосельского о влиянии войны и блокады на изменение возраста, полового состава населения, на брачность и частоту разводов в Ленинграде. По данным автора, половой состав гражданского населения Ленинграда характеризуется в 1946 г. резким преобладанием женского населения: на 100 лиц мужского пола приходится 190 лиц женского (в 1940 г. было соответственно 100 и 139). Возрастной состав женского населения Ленинграда в 1946 г. сравнительно с составом женского населения по последней предвоенной переписи (1932 г.) характеризуется уменьшением относительного количества детей в возрасте до 4 лет (вследствие резкого понижения рождаемости в 1942 и 1943 гг.) и уменьшением женского населения пожилого и старческого возраста — старше 50 лет. Среди мужского гражданского населения Ленинграда наиболее значительно уменьшилось количество лиц в возрасте от 20 до 29 лет.

Брачность в Ленинграде исключительно резко понизилась в 1942 г., но с 1943 г. стала быстро повышаться и после блокады быстро превысила довоенные цифры.

Число разводов в Ленинграде круто снизилось до минимальной величины во второй половине 1944 г. В первой половине 1946 г. число разводов в Ленинграде было в 8 раз меньше, чем в период 1938—1939 гг.

Проф. Г. Ф. Ершов в докладе «Демографические последствия войны в Молотовской области» отметил, что война вначале отрицательно сказалась на прочности семейных отношений. Но после Указа Президиума Верховного Совета СССР от 8 июня 1944 г. разводы стали единичными.

Военные потрясения повлекли за собой повсеместное снижение рождаемости. Но в 1945 г. отмечено уже повышение рождаемости и быстрое снижение мертворождаемости. Главнейшими причинами смертности городского населения докладчик считает болезни: инфекционные, органов пищеварения, дыхания, сердца и органов кровообращения.

1946 год — первый год послевоенной Сталинской пятилетки — является переломным годом в демографии Калининской области. Растет рождаемость, снижается общая смертность. Начался процесс естественного прироста населения.

Действительный член Академии медицинских наук СССР М. А. Тушинский и проф. С. С. Байль в докладе «Об особенностях заболеваний ленинградского населения в период блокады» отметили, что в период блокады и в первые послевоенные годы повысился удельный вес заболеваний гипертонией; изменилось также течение некоторых инфекций, поскольку особые условия создали иные взаимоотношения между микробами и макроорганизмами. Вспышка дизентерии в 1942—1943 гг. возникла на фоне алиментарной дистрофии по схеме: дистрофия — колит — истощение — дизентерия.

Доц. С. Л. Гаухман охарактеризовал особенности патологии внутренних заболеваний в Ленинграде в военное время и отметил значение реактивности организма и нервно-психического фактора для развития и течения болезней внутренних органов.

По частоте и характеру заболеваний С. Л. Гаухман делит свой материал на семь периодов. В первом периоде — первые 4 месяца войны — участилась только гипертоническая болезнь и наметилось увеличение числа случаев перфорации язвы желудка. Второй период — с ноября 1941 г. по февраль 1942 г. — характеризуется резким ростом заболеваний алиментарной дистрофией, на фоне которой, как тяжелое осложнение, развивались пневмонии и дизентерия; о том, что здесь имела место именно дизентерия, говорят и патологоанатомические данные, и очаговость процессов. Третий период — с мая по июнь 1942 г. Продовольственное положение Ленинграда было много легче, но алиментарная дистрофия все еще являлась ведущим заболеванием. Отмечались также авитаминозы и вспышки туберкулеза, принимавшие злокачественный характер. В четвертый период — июль 1942 г. — май 1943 г., когда бытовые условия значительно улучшились, но продолжалось действие психической травмы (артиллерийские обстрелы города), свежих случаев алиментарной дистрофии наблюдалось уже немного. В этот период начинает расти число заболеваний гипертонической болезнью. В пятом периоде — с апреля по декабрь 1943 г. — появляются многие исчезнувшие заболевания: диабет, бронхиальная астма, но все же 1943 г. проходит под знаком преобладания заболеваний гипертонической болезнью. Шестой период охватывает 1944 г. — блокада города ликвидирована, снимается психическое напряжение, под знаком которого жило ленинградское население; начинает прогрессивно улучшаться продовольственное положение. В этот период учащаются случаи язвенной болезни, причем она наблюдается у лиц или не болевших алиментарной дистрофией, или вышедших из состояния дистрофии. Наконец, в седьмом периоде — 1945 г. — алиментарной дистрофии почти уже нет, гипертонические болезни затихают, язвенная же болезнь продолжает распространяться, все еще остается на высоком уровне острый полиартрит.

По мнению докладчика, течение внутренних заболеваний в годы войны еще раз подчеркнуло значение реактивности организма и нервно-психического фактора.

Проф. Л. М. Хатеневер, выступивший на конференции с обстоятельным докладом «Влияние войны на эпидемиологию туляремии», указал, что концентрация людских масс на линии фронта, в землянках, блиндажах и траншеях вызвала скопление мелких мышевидных грызунов. В распространении туляремии особенно большое значение имело заражение соломы, пищевых продуктов и воды выделениями и группами грызунов.

Для борьбы с туляремией в 1942 г. была приготовлена, испытана на клиническом материале, а в 1943 г. предложена лечебная вакцина. Лечение вакциной сократило сроки пребывания больных в госпиталях, ускорило их выздоровление и возвращение на фронт. Значительная вспышка заболеваний туляремией произошла в осенне-зимний период 1941/42 г. в областях, временно оккупированных немецко-фашистскими захватчиками, где немцы никаких мер профилактики и борьбы с туляремией не проводили. Изучение медико-санитарных последствий войны диктует необходимость коренной рациональной перестройки системы профилактики туляремии в СССР.

Действительный член Академии медицинских наук СССР проф. В. А. Гиляровский и проф. В. Е. Архангельский в своем докладе «Задачи психо-гигиенической работы в послевоенное время» подчеркнули, что в основу психогигиены должен быть положен материалистический принцип: биологическая психика развертывает психику в соматику. Психика — функция мозга, мозг — часть всего организма. Исходя из этого положения, докладчики считают, что психогигиена в настоящее время должна стать общей гигиеной. Влияние психогигиены докладчики иллюстрировали на опыте повторных исследований значительных групп учащихся — студентов московских вузов. Положительные сдвиги в общем состоянии организма обследуемых, по мнению докладчиков, были обусловлены и психогигиеническими мероприятиями.

Министр здравоохранения УССР И. Ф. Кононенко в докладе «Опыт организации лечебной помощи инвалидам Великой отечественной войны с повреждениями центральной и периферической нервной системы» поделился итогами проведенного в УССР подворного обследования инвалидов. Среди них 1% имели повреждения черепа и головного мозга. По данным 1946 г., последствия травмы позвоночника и спинного мозга встречались у 0,7% инвалидов. Таким образом, состав этой группы значительно уменьшился. Последствия поражений периферической нервной системы имеет 3,13% инвалидов. Нейропсихическая группа в 1946 г. составила 1,68% против 3,4% в 1945 г. Среди инвалидов, находившихся на учете в УССР на 1 июля 1946 г., 8,13% имели повреждения и заболевания центральной и периферической нервной системы, в то время как в 1945 г., по данным первого учета, эта группа составляла 14,4%.

В другом докладе И. Ф. Кононенко привел общие данные, характеризующие состав инвалидов Великой отечественной войны, находящихся на учете в УССР. В 85,8% случаев причиной инвалидности являются последствия травм и ранений. Наибольшее число инвалидов имеет анкилозы суставов и контрактуры (20,2%). Лечению в стационарах подлежит 63,6% всех учтенных и в поликлиниках — 30,6%. В протезировании нуждается 17,1% По данным докладчика, 63,1% инвалидов работают, остальные нуждаются в переобучении и переквалификации, хотя часть из них также работает. Всего на 1 октября 1946 г. трудоустроено 86,3% всех инвалидов. У двух третей инвалидов в результате лечения можно достигнуть или полного, или значительного восстановления трудоспособности.

Из числа лечившихся инвалидов полностью восстановили свою трудоспособность 19,1%. Докладчик подчеркивает, что по УССР почти нет инвалидов с травматическим неврозом, которых так много было после первой мировой войны. Это объясняется высоким моральным состоянием советских воинов и тем, что советское правительство и партия еще в ходе войны в одинаковой мере заботились как о раненых, так и об инвалидах. Лечение и уход снимали психогенную травму.

С. Я. Фрейлин представил материалы об обслуживании инвалидов Отечественной войны органами здравоохранения и социального обеспечения в Ленинграде. В середине 1946 г. был проведен учет инвалидов Отечественной войны. Около 30% их нуждались в переосвидетельствовании. Из явившихся на переосвидетельствование (85%) нуждающимися в восстановительном лечении оказалось 82%, что составляет к общему числу находящихся на учете в органах Собеса 20%.

В каждом из 19 районов Ленинграда имеется врач, ответственный за организацию лечебной помощи инвалидам. Инвалиды получают лечебную помощь во всех стационарах и крупных районных поликлиниках Ленинграда.

Выделенные койки используются неполностью. Недостаточна курортная помощь.

У 53% леченных наступило улучшение, у 22% перемены не произошло, у 0,4% наблюдалось ухудшение; смертность отмечена в 0,8%.

Восстановление трудоспособности инвалидов Отечественной войны — процесс длительный и трудоемкий; организация лечебной помощи инвалидам Отечественной войны завершается в течение 2—3 лет.

Член-корреспондент Академии медицинских наук СССР проф. В. Ф. Ундриц в докладе о последствиях контузий ЛОРорганов отметил, что воздушные контузии сильнее всего действуют на слух и речь; это в свою очередь порождает целый ряд

невропатологических явлений. Экспериментальным исследованием в Ленинградском научно-исследовательском институте удалось уточнить диагностику повреждения ЛОРорганов. Разработаны способы, способствующие восстановлению слуха.

Уделено большое внимание вопросам трудового устройства. Инвалиды направлялись на работу на такие заводы, где процесс восстановления шел быстрее.

Проф. И. А. Бершер в докладе «Пути компенсации нервно-психических нарушений у инвалидов Отечественной войны» отметил, что у инвалидов Отечественной войны наблюдаются нарушения нервно-психической, травматической, сосудистой и психогенной этиологии. Приток новых больных в московские нервно-психические диспансеры составил около 2 на 1 000 населения и пока не уменьшается ввиду прибытия демобилизованных, возвращающихся из плена, или больных из других амбулаторий.

Выражена тенденция к компенсации, излечению и возвращению инвалидов данной категории к трудовой деятельности (85% инвалидов III группы работают).

Путями компенсации являются: влияние непосредственно на болезненный процесс, выявление положительных социально-бытовых факторов и подбор определенных видов труда и его режима.

А. С. Вольф и М. М. Аникин сообщили, что 64% из 500 инвалидов этого рода нуждаются в поликлинической помощи, 17% — в санаторной, 14% — в стационарной и 5% оказались выздоровевшими. Вообще инвалиды работают в 73%, инвалиды же данной ими группы — только в 60%. Эти группы инвалидов наиболее тяжелые и требуют специального наблюдения и приспособления к труду. Врачам и органам Собеса необходимо обратить особое внимание на инвалидов с травмами нервной системы.

Я. Л. Гроссман отметил, что существует мнение, что проблема инвалидности может быть разрешена в ближайшие 2—3 года и тогда можно передать всю специальную сеть для обслуживания инвалидов в общегражданскую. Между тем изучение значительных групп инвалидов Отечественной войны в Москве показывает, что активной диспансеризации еще нет и эффективность лечения еще также далеко не совершенна, хотя и выяснилась возможность снижения числа инвалидов I и II группы с момента выписки из госпиталя с 66,5% до 27,0%. Однако процент инвалидов, у которых изменений не наступило, достигает 39,3. Инвалиду необходимо дать такую работу, на которой производственный процесс являлся бы одновременно и процессом лечебным в смысле восстановления утраченной функции. Опыт Ленинграда не может быть в полной мере приложен к сельским местностям.

Проф. С. С. Мазель указал, что постановка учета инвалидов неудовлетворительна. Целевой установкой диспансеризации инвалидов и их лечебного обслуживания должно быть и стремление перевести максимально большее число их из II группы в III. К изучению трудового устройства инвалидов необходимо привлечь всех физиологов, в особенности физиологов труда.

В деле лечебного обслуживания инвалидов Отечественной войны большую роль должны сыграть городские лечебные организации, сельские участковые врачи, врачи амбулаторий.

Н. А. Семашко, резюмируя доклады и прения по вопросам лечения отдаленных последствий войны у инвалидов Отечественной войны, указал, что главным делом является правильная организация лечения. Прежде всего необходимо наладить правильный учет инвалидов Отечественной войны; следующая задача — глубоко продуманная диспансеризация их; наконец, необходимо повести решительную борьбу с самотеком в вопросе о трудовом устройстве инвалидов Отечественной войны.

Эти положения включены в резолюцию конференции. Проект резолюции конференции принят за основу дальнейшей работы.

★

Проф., засл. деят. науки Д. М. РОССИЙСКИЙ

РУССКИЕ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ В XVIII веке

В XVII столетии стали более часто, чем в допетровской России, направлять за границу молодых русских людей для усовершенствования в медицинских науках и получения высшей ученой медицинской степени — доктора медицинских наук. Этому всемерно содействовало русское правительство. Так, указами Сената от 6 марта и 3 апреля 1761 г. Медицинской коллегии предписывалось:

«1. Ежели кто из русских медицине обучаться похочет и желателем явится, таковым не токмо в следствие желаниях их надлежащие к тому предводительствы делать и обучать совершенно, но стараться таковых надлежащим порядком призывать и добрым содержанием обнадеживать и попечение об них иметь, чтобы и русские в медицине до высших градусов науки достигли.

2. Определенным в отпуск в чужия государства лекарям жалованье производить по окладам двойное, отпуская оное как им, так и впредь, буде кто из таких русских пожелает для оных наук за море ехать для переводу к ним из статс конторы».

Молодые лекари и подлекари, посылаемые за границу для усовершенствования в медицинских науках, защиты диссертации и получения докторского диплома, обыкновенно оставались за границей от 5 до 6 лет. Получив докторский диплом и вернувшись в Россию, они держали проверочный, весьма строгий и публичный докторский экзамен, производившийся членами Медицинской коллегии.

В XVIII столетии в заграничных университетах получили ученую степень доктора медицины свыше 100 уроженцев России.

Однако посылка русских молодых людей за границу, обучение их там обходились государству слишком дорого и требовали слишком много времени. Кроме того, и правительства иностранных государств чинили всякие препятствия. Поэтому 9 июня 1764 г. Екатерина II специальным указом предоставила Медицинской коллегии право после соответствующих испытаний выдавать дипломы доктора медицины.

В этом «Указе Коллегии медицинской» от 9 июня 1764 г. говорится:

«По установлению новому медицинского факультета, каковое состоит теперь в государстве нашем под правлением медицинской нашей коллегии, нималая больше нужда не состоит, чтобы кандидаты медицины производимы были через экзамены в университетах чужестранных в докторы сего факультета. И сего ради повелеваем нашей коллегии медицинской, по собственным ея экзаменам всех обучавшихся сей науке производить в докторы медицины и давать на то каждому патент на пергаменте за рукою президента коллегии с приложением нашей печати. Июня 9 дня 1764 года. Екатерина».

Первым получил от Медицинской коллегии диплом доктора медицины лекарь Орреус Густав Максимович, преподаватель хирургии и практической анатомии при госпитальной школе С.-Петербургского генерального адмиралтейского госпиталя. На имя Орреуса был дан именной императорский указ о признании его доктором медицины. Одновременно Медицинской коллегии было предложено выдать Орреусу диплом доктора медицины.

Сохранились интересные сведения о присуждении Медицинской коллегией диплома доктора медицины профессору анатомии и хирургии

медицинского факультета Московского университета Францу Керестури, родом венгерцу. Первоначальное медицинское образование Керестури получил в Московской госпитальной школе.

В феврале 1784 г. Керестури подал в Медицинскую коллегию следующее заявление:

«Имею я быть при Московском Вашего Императорского Величества Университете ординарным анатомии и хирургии профессором; також и по удостоению Римской Императорской Академии ея натуральной истории членом; дошед уже я в носящих сих чинах радетельно к обществу должностию моею и к получению докторского экзамена, о котором и просить сие правительство нашел я благонадежным. Дабы высочайшим Вашего Императорского Величиства указом повелено было сие мое прошение Государственной Медицинской Коллегии принять и удостоить допущением меня до докторского экзамена в Москве».

Экзамен Керестури держал в Москве. В качестве докторской диссертации приняли речь, произнесенную Керестури на торжественном акте в Московском университете 28 июня 1783 г. — в день 21-й годовщины восшествия Екатерины II на престол. Эта речь была отпечатана на 6 страницах in 40 под заголовком: „Solemnitatem annuam XXVIII iunii recurrentem, quod augustissima ac potentissima omnium Rossiarum Imperatrix et Autocrator Catharina II, clementissima patriae mater, thronum rossicum conscenderit. Indicit Franciscus Keresturi, collegiorum assessor anatomiae et chirurgiae p. p. o. academiae imperialis naturae curiosorum collega. Qui disserit De cognoscenda vita, ut intima corporis humani indoles clarius elucescat. Anno 1783 die XXVIII junii".

В мае 1784 г. Медицинская коллегия вынесла постановление, гласящее: «означенного коллежского асессора, анатомии и хирургии профессора Франца Керестури, по достоинству о нем при экзамене произвесть доктором медицины с тем правом, каким подобные доктора в Российской Империи пользуются, и дать ему на то, по силе именного Ея Императорского Величества Указа от 9 июня 1764 г. от сей коллегии на пергаменте патент за рукою господина президента оной коллегии с приложением коллежской печати».

Сохранились также сведения о лекаре Федоре Петровиче Ершове, который после окончания курса на медицинском факультете представил в Медицинскую коллегию диссертацию на латинском языке и 19 июня 1791 г. был признан доктором медицины. 19 декабря 1793 г. Медицинская коллегия признала доктором медицины окончившего медицинский факультет Московского университета лекаря Ивана Осиповича Тимковского за представленную им на латинском языке диссертацию под заглавием „Specemen anatomo microchystologicum de structura ventriculi eius functione".

Через 27 лет после того, как право выдавать дипломы на степень доктора медицины было предоставлено Медицинской коллегии, состоявшей из виднейших представителей медицинской науки, получил это же право и медицинский факультет Московского университета.

В указе Екатерины II Сенату от 29 сентября 1791 г. говорится:

«В рассуждении, что Московский наш университет имел по силе жалованной грамоты, при основании его данной между другими факультетами и медицинской, соизволяем, чтоб оный по примеру иных университетов пользовался и относительного сего факультета правом, каковое присвоено ему по другим; вследствие чего дозволяем помянутому нашему Университету учившимся в оном врачебной науке и успевшим в нем давать докторскую степень по произведении таковым надлежащего экзамена, при определенных для того от медицинской коллегии депутатах, которых оная коллегия долженствует назначать; по получении же докторской степени, все таковые в отправление практики имеют вступать с ведома медицинской коллегии».

В начале октября 1791 г. Московский университет, объявляя о полученном им праве присуждения ученой степени доктора медицины и выражая благодарность, указывает, что «тем открыт ему всемилостивейше верный способ преподаваемым в нем публичным учением медицины оказать отечеству впредь вящие, нежели доныне, услуги».

Первым русским врачом, получившим степень доктора медицины от Московского университета, был кандидат медицины Фома Иванович Барсук-Моисеев, впоследствии профессор физиологии, патологии, терапии, семиотики и диэтетики Московского университета. Еще студентом Ф. И. Барсук-Моисеев написал сочинение на тему из «повивального искусства», за которое был награжден золотой медалью.

21 июля 1793 г. Московский университет обратился к Медицинской коллегии с просьбой выделить депутатов для присутствия при испытании Барсук-Моисеева. Медицинская коллегия назначила своими депутатами почетного члена Даниилу Самойловича и профессоров Московского медико-хирургического училища Иоганна Гильдебрандта, Александра Шумлянского и Фридриха Стефана, которые и присутствовали при испытаниях Барсук-Моисеева, проведенных 29 марта 1794 г. в 10 часов 30 минут утра на заседании конференции Московского университета. Ф. И. Барсук-Моисеев защитил диссертацию на тему о дыхании под названием „De respiratione dissertatio inaugurabilis Mosquae“

В истории Императорского московского университета, составленной проф. С. П. Шевыревым к столетнему юбилею университета, это торжественное заседание описывается следующим образом.

«29 марта, в половине одиннадцатого часу утра, Университетская Конференция открыла торжественное заседание, при многих знаменитых посетителях, духовных и светских. Прочтена из дневной записки статья, содержащая определение удостоенного к производству. Введен кандидат медицины; определение ему объявлено и велено приобретенное им знание в медицине вторично доказать публичным диспутом. Барсук-Моисеев защищал с кафедры свое латинское рассуждение: о дыхании, против всех возражений, сделанных ему на латинском и русском языках. Возражали студенты-медики. Принимали участие в диспуте именитые ученые посетители. Кандидат на все отвечал основательно. Состязание продолжалось более часу. Когда окончилось, конференция приступила к производству. Сначала прочитано было Высочайшее повеление, дарующее Университету право производить в ученые степени. Все слушали его стоя. Когда сели, профессор Зыбелин, как сениор Медицинского Факультета, произнес слово, исполненное чувств благодарности Императрице, и именем Медицинского Факультета сделал представление директору о достойном. Директор испросил соизволения у Куратора Хераскова. Составлен протокол и подписан членами конференции. Доктор провозглашен торжественно и возведен на вышнюю кафедру, с которой он произнес речь и благодарил Императрицу, Начальников Университета, Профессоров, своих наставников и посетителей».

Диплом на степень доктора медицины был выдан Барсук-Моисееву из Московского университета 24 марта 1794 г., а удостоверение Медицинской коллегии на право практики в России — 5 мая 1794 г.

За 125 лет (с 1794 г. по 1919 г.) медицинский факультет Московского университета присудил степень доктора медицины 830 врачам, удостоенным этого высокого ученого звания после предварительных испытаний и публичной защиты диссертации.

Военно-медицинская академия в С.-Петербурге, медицинские факультеты Киевского, Харьковского, Казанского, Новороссийского, Юрьевского (Дерптского), Томского и других высших русских медицинских учреждений в течение XIX и XX столетий также присудили ученую степень доктора медицины большому числу русских врачей.

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945 гг.) (продолжение)[1]

ПОВРЕЖДЕНИЯ КРУПНЫХ СОСУДОВ

Аминев А. М., К вопросу о хирургическом лечении аневризм дуги аорты, Хирургия, 8, 1942.

Арун-Газыева В. Ю., Шов бедренной артерии в условиях медико-санитарного батальона, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 22 (ГВСУ Красной Армии).

Арутюнов А. И., Огнестрельные ранения магистральных сосудов и их хирургическое лечение на этапах эвакуации. Диссертация докторская, М., 280 л. с илл. и табл., 1945. (Отпечатано на пишущей машинке.)

Арьев М. Я., Расстройства кровообращения при артерио-венозных аневризмах, Клиническая медицина, 9, 1943.

Баташов В. А., Случай травматической аневризмы a. hypogastricae sin., Хирургия, 3, 1944.

Беренштейн В. С., Опыт хирургического лечения огнестрельных повреждений кровеносных сосудов и их осложнений, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 51—56, 1945.

Бигман Б. М., Вторичные кровотечения при повреждении крупных сосудов, в кн. Опыт работы эвакогоспиталей за годы Отечественной войны, Горький, Государственный медицинский институт им. Кирова, стр. 25—46, 1942.

Богораз Н. А., Об аневризмах подключичных сосудов, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 96—105, 1943 (Среднеазиатский военный округ).

Болдин А. М., Случай артерио-венозной аневризмы подключичных сосудов, в кн. Вопросы хирургии и урологии, Горький, стр. 126—130, 1942.

Бурденко Н. Н., Основные установки современного учения об огнестрельных ранениях артерий, М., Медгиз, 39 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Быстрицкий М. И. и Брегман И. С., Ранения кровеносных сосудов (по материалам двух N-ских госпиталей). Реферат, Хирургия, 4, 1944.

Бялик В. Л. и Шейнис М. И., К вопросу о тромбофлебитах у раненых, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 57—64, 1945.

Вайнштейн В. Г., Об огнестрельных повреждениях ветвей глубокой бедренной артерии, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 5—6, Л., стр. 73—77, 1943 (ВСУ Ленинградского фронта).

Василенко Л. Д., Травматические аневризмы, в кн. Труды 1-й хирургической конференции N-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 300—303, 1943.

Вельяминский С. П., Повреждения кровеносных сосудов, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, Облгиз, стр. 27—36, 1945.

Визен Э. М., Невропатологические данные к учению об огнестрельных аневризмах сонных артерий, Вопросы нейрохирургии, 8, 4, 1944.

Вилесов С. П., Анализ причин смертности при ранениях кровеносных сосудов, Хирургия, 4, 1944.

Гальсман А. И., О лечении аневризм крупных сосудов, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 1, Л., стр. 65—69, 1942 (ВСУ Ленинградского фронта).

Герасимов П. В., Клиника и лечение аневризм, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, 1, Куйбышев, стр. 90—97, 1944.

Герцберг Б. Г., К диагностике и лечению последствий ранений кровеносных сосудов, Хирургия, 2—3, 1943.

Герцберг Б. Г., О методе лигатуры при травматических аневризмах, Госпитальное дело, 8—9, 1943.

Геселевич А. М., О лечении огнестрельных повреждений сосудов в войсковом и армейском районах, ВСД, 10, 1943.

Гиговский Е. Е., Случай травматической аневризмы ягодичных сосудов, Хирургия, 4, 1944.

[1] См. «ВМЖ», № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 1947 г.

Глинер Т. И., Лечение ранений кровеносных сосудов, в кн. Лечение раненых и больных в эвакогоспиталях ВЦСПС по Узбекистану, Ташкент, стр. 44—48, 1945 (Сборник научных трудов, в. 1).
Гнилорыбов Т. Е., Опыт 130 операций на кровеносных сосудах, Хирургия, 8, 1942.
Гольдгаммер К. К., Сосудистый шов при травматических аневризмах сонных артерий, Хирургия, 9, 1945.
Гольдгаммер К. К., Сосудистый шов при травматических аневризмах и пульсирующих гематомах, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 18—21, 1945 (ГВСУ КА).
Державец М. А., Сосудистый шов при травматических аневризмах и пульсирующих гематомах, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 18—21, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
Джанелидзе Ю. Ю., Сосудистый компрессор для развития коллатерального кровообращения при артериальных и артерио-венозных аневризмах, Военно-морской врач, 4, 1, 1945.
Джанелидзе Ю. Ю., Универсальный сосудистый компрессор для развития коллатерального кровообращения при артериальных и артерио-венозных аневризмах, Хирургия, 10, 1944.
Дубинский М. Б., Случай шва брюшной аорты, Хирургия, 4, 1944.
Дунье Л. В., К вопросу об изолированных ранениях крупных вен шеи, Вестник хирургии им. Грекова, 5—6, 1943.
Зайцев П. Е., Травматические артерио-венозные аневризмы и изменения сердечно-сосудистой системы при них, в кн. Сборник работ эвакогоспиталей Красноярского края, Красноярск, стр. 277—287, 1945.
Иванюшкин А. Г., Развитие коллатералей и дистрофические расстройства при повреждении артериальных стволов, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 179—183, 1943.
Калмановский С. М., Ошибки в распознавании и лечении ранений крупных сосудов, Госпитальное дело, 1, 1943.
Колесников И. С., Случай перевязки безымянной артерии (Доклад в Хирургическом обществе им. Пирогова 22.XI.1944), Вестник хирургии им. Грекова, 1, 65.
Колесов В. И., Несколько случаев сосудистого шва при ранениях кровеносных сосудов. (Доклад в Хирургическом обществе им. Пирогова 1.XI.1944), Вестник хирургии им. Грекова, 65, 1, 1945.
Криворотов И. А., Случай аневризмы внутренней сонной артерии, наступившей после воздушной контузии при выстреле над ухом, Новый хирургический архив, 49, 3, 1941.
Крымов А. П., Огнестрельная аневризма, Челябинск, Медгиз, 63 стр., 1943 (Киевский медицинский институт. В помощь врачам военных госпиталей). Библиогр.
Крымов А. П., Операция артерио-венозной аневризмы, Хирургия, 11—12, 1942.
Крымов А. П., Операция артерио-венозного свища, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 127, 1943.
Кьяндский А. А., О травматических аневризмах сонных артерий, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 2, 1944.
Лейфер Л. Я., Результаты 50 операций по поводу повреждений сосудов с применением метода профилактики гангрены конечности по автору, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей фронтового N-ского МЭП, б. м., стр. 62—64, 1944.
Либов С. Л., Хирургическая помощь в передовом войсковом районе при огнестрельных ранениях сосудов, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 3, 1941.
Липкин Л. Н., Ранения крупных кровеносных сосудов конечностей по данным медико-санитарного батальона, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., Медгиз, стр. 112—115, 1943.
Лорин-Эпштейн М. Ю., Растяжение сопровождающего нерва и анестезия сосудов и нервов при перевязке больших сосудов, Хирургия, 11—12, 1943.
Ляпунов Н. А., К вопросу об ушивании ранений венозных синусов, Хирургия, 9, 1945.
Максименков А. Н., Краткое пособие по перевязке артерий и топографической анатомии конечностей, Л., Медгиз, 67 стр., 1941 (Библиотека военного врача).
Манучароза Е. Д., К вопросу о рентгенодиагностике травматических аневризм, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, Облгиз, стр. 40—46, 1945.
Маньkин Н. Ф., Операции на кровеносных сосудах, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, Облгиз, стр. 37—39, 1945.
Маньkин Н. Ф., Ранения ягодичной артерии, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, Облгиз, стр. 51—54, 1945.
Махмудбеков В. М., Диагностические и терапевтические ошибки при ранении кровеносных сосудов. Реферат, Хирургия, 4, 1944.
Мелькумянц Н. Б., Диагностика и лечение огнестрельных ранений сосудов в войсковом районе, Фельдшер и акушерка, 8, 1944.
Минц Г. М. и Городецкий Е. М., Об огнестрельных ранениях сосудов, Госпитальное дело, 12, 1944.

Надеин А. П., Развитие коллатерального кровообращения при операции по поводу аневризмы art. subclaviae, в кн. Сборник научных работ института за 2-й год Отечественной войны, Л., стр. 177—180, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).
Никотин М. П., Огнестрельные повреждения кровеносных сосудов бедра, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 11—34, 1945.
Огнев Б. В. и Левитин С. Л., О показаниях к оперативным вмешательствам и сроках вмешательств при межсосудистых фистулах и аневризмах, Хирургия, 11—12, 1942.
Одес Л. А., Концевые аневризмы, Вестник хирургии им. Грекова, 1—2, 1943.
Одес Л. А., Обнаженные аневризмы, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 5—6, 1943; Военно-морской врач, 1, 1943.
Одес Л. А., Повторное кровотечение после огнестрельных ранений кровеносных сосудов, Военно-морской врач, 4, 1944.
Орлов Г. А., Особенности топографии и оперативного лечения больших травматических аневризм, в кн. Вопросы военной медицины, Архангельск, стр. 66—71, 1943 (Архангельский государственный медицинский институт, Сборник трудов, в. 7).
Орлов И. И. и Волконская О. Ф., К вопросу о лечении аневризмы подключичных сосудов, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 105—108, 1943.
Осипов Б. К., К вопросу о лечении огнестрельных аневризм, Хирургия, 4, 1945.
Острейко В. М., Два случая травматической аневризмы лучевой артерии, принятых за абсцессы, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 9, Л., стр. 151—153, 1943.
Петросян Х. А., Лечение огнестрельных повреждений кровеносных сосудов, Госпитальное дело, 1—2, 1944.
Печатникова Е. А., Травматические аневризмы, их лечение и уход, Медицинская сестра, 4—5, 1943.
Полубояринов М. А., К повторным кровотечениям при ранениях сосудов шеи, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 1, Л., стр. 58—64, 1942 (ВСУ Ленинградского фронта).
Полянцев А. А., Опыт лечения огнестрельных ранений сосудов на войне, в кн. Сборник научных трудов Башкирского государственного медицинского института, в. 5, Уфа, стр. 21—29, 1943.
Привез М. Г., Регенерация лимфатических сосудов после удаления лимфатических узлов, в кн. Сборник работ по военно-полевой и общей хирургии, Л., стр. 103—111, 1944. Библиогр.
Радушкевич В. П., К вопросу об огнестрельных повреждениях крупных кровеносных сосудов и их оперативном лечении, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей, М., стр. 53—64, 1942 (Сан. отдел СибВО).
Ратнер Л. М., Девяносто операций по поводу аневризм, в кн. Труды 1-й хирургической конференции N-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 299—303, 1943.
Ратнер Л. М., Случай шва общей сонной артерии по поводу артерио-венозной аневризмы, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 1, Свердловск, стр. 119—122, 1942.
Ратнер Л. М., Сто операций травматических аневризм, Клиническая медицина, 20, 10, 1942.
Ромм Е. И., Об огнестрельных аневризмах, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, стр. 47—50, 1945.
Русанов С. А., О контроле результатов предоперационной тренировки коллатералей при травматических аневризмах, Хирургия, 7, 1945.
Русанов С. А., Огнестрельные ранения крупных кровеносных сосудов конечностей, в кн. Сборник научных трудов, в. 2, Л., стр. 67—82, 1942 (Ленинградский красноармейский военный госпиталь).
Сапожков К. П., Новый способ хирургического лечения травматических аневризм, Хирургия, 5—6, 1943.
Сапожков К. П., Травматические аневризмы, их развитие, диагностика и лечение, Медицинский бюллетень Иркутского медицинского института, 5, 1942.
Сенчалло-Явербаум З. Т., Анализ 30 случаев травматических аневризм. (Автореферат). Медицинский бюллетень Иркутского медицинского института, 7, 1944.
Сенчалло-Явербаум З. Т., К вопросу об оперативном лечении травматических аневризм, в кн. Сборник научных работ, Иркутск, стр. 119—124, 1945 (Отдел эвакогоспиталей Иркутского облздрава).
Симпсон Ю. М. и Нейштадт В. Б., Хирургическое лечение огнестрельных повреждений кровеносных сосудов, в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92, стр. 45—50, 1945.
Скобский П. Л., Расстройство мозгового кровообращения после травмы крупных сосудов шеи, в кн. Труды оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 271—273, 1942.

Слупский Н. Е., Случай перевязки a. anonyma по поводу травматической аневризмы, ВМЖ, январь—февраль, 1944.
Сперанский А. В., Ложные аневризмы и лечение их по материалу N-ского эвакогоспиталя, в кн. Научные труды госпиталей, 1, М., стр. 27—28, 1942.
Тихомиров И. В. и Зимогорская Е. М., Огнестрельные повреждения кровеносных сосудов, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 5—6, Л., стр. 78—83, 1942.
Топровер Г. С., Личный опыт хирургического лечения повреждений суставов сосудов, в кн. Труды Сталинградского медицинского института, т. 5, Сталинград, стр. 71—77. 1945.
Трофимов П. Е., Травматические аневризмы по материалам эвакогоспиталей г. Махач-Кала, в кн. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской ССР, т. 1, Махач-Кала, стр. 32—41, 1943; Хирургия, 4, 1944.
Туровец И. Г., Об огнестрельных ранениях кровеносных сосудов, Хирургия, 5—6, 1942.
Фаерман И. Л., Последствия огнестрельных ранений сосудов и их лечение, в кн Сборник инструктивных материалов по работе эвакогоспиталей, в. 11, М., Мед гиз, стр. 15—18, 1943.
Федоров П. С., К казуистике наблюдений по перевязке одноименной вены при ранении артерий, в кн. Сборник работ Санитарной службы СибВО, в. 2, М. стр. 107—108, 1943.
Флеровский А. Ф., К вопросу о ранении позвоночной артерии, Хирургия, 1, 1945.
Фурсов Н. И., Результаты оперативного лечения аневризмы, Хирургия, 7, 1942 Библиогр.
Хенкин В. Л., Опыт лечения ранений кровеносных сосудов в войсковом и армейском районе, Хирургия, 9, 1944.
Чибукмахер Н. Б., Травмы сосудисто-нервного пучка, сопровождающиеся образованием аневризм, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, т. 13, Травматические поражения центральной и периферической нервной системы. Тюмень, стр. 297—307, 1943.
Шиловцев С. П., Классификация и диагностика травматических аневризм, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, 1, Куйбышев, стр. 84—89, 1944.
Шиловцев С. П., Показания к операции и хирургическая методика лечения артерио-венозных аневризм, Вестник хирургии им. Грекова, 65, 1, 1945.
Шиловцев С. П., Травматические аневризмы по материалу сталинградских эвакогоспиталей, Советская медицина, 12, 1945.
Шмелев И. В., О влиянии новокаинового блока сосудодвигательных нервов на коллатеральное и капиллярное кровообращение при сосудистых операциях, Хирургия, 5, 1944.
Шур Б. Ю., Тромбофлебит яремных вен и сепсис, в кн. Сборник научных работ Киевского окружного военного госпиталя, в. 2, Киев, Госмедиздат, стр. 59—70, 1945.
Щекотов Г. М., О лечении ранений сосудов по материалам эвакогоспиталя с 31/VII 1941 г. по 31/VIII 1944 г., в кн. Сборник работ Госпитальной базы, в. 1, Львов, МЭП-92. стр. 35—44, 1945.
Яковлев А. П., Случай произвольной остановки кровотечения из крупных сосудов, ВСД, 8—9, 1943.

15. Транспортная иммобилизация

Анчелевич В. Д., Лечение ран иммобилизацией в гипсе, Хирургия, 5—6, 1942.
Асатиани Г. К., Замена обычных хирургических повязок гипсовокаркасными, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 2—3, 1942.
Ахутин М. Н., Транспортная иммобилизация на этапах эвакуации войскового района, Л., Медгиз, 18 стр., 1941 (Б-ка войскового врача); М., Медгиз, 26 стр., 1941 (ГВСУ Красной Армии); М., Медгиз, 26 стр., 1942.
Байков Н. И., Иммобилизация при огнестрельных ранениях кисти и пальцев, М., Медгиз, 21 стр. с илл., 1943.
Барановский Д. М., Гипсовая повязка при огнестрельных ранениях пальцев, Вестник хирургии им. Грекова, 1, 1944.
Бом Г. С., Гипсовая повязка в ортопедии и травматологии, М.—Л., Медгиз, 178 стр. с илл., 1941; М., Медгиз, 176 стр. с илл., 1942.
Бом Г. С., Различные виды гипсовых повязок при лечении огнестрельных переломов в эвакогоспиталях ближайшего тыла, Советская медицина, 7—8, 1943.
Вайнштейн В. Г., Основные принципы лечебной иммобилизации огнестрельных переломов, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 2, Л., стр. 17—29, 1943.
Ващенко М. Л., Гипсово-ортопедическая техника. Руководство для среднего медицинского персонала, М.—Л., Медгиз, 62 стр. с илл., 1941. Библиогр.
Векслер С. М. и др., Лигнино-марле-гипсовая лонгетная повязка, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 21—23, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Векслер С. М., Шина для иммобилизации и функционального лечения при повреждении кисти и пальцев, Хирургия, 10, 1945.
Веревкин М. Д., Источники ошибок при лечении глухой гипсовой повязкой, Госпитальное дело, 1, 1943.
Гиндин Е. М. и Ованесов А. Г., К модификации шины Томаса-Виноградова, ВСД, 1—2, 1942.
Гирголав С. С. и Эпштейн Г. Я., Основные принципы применения гипсовых повязок при огнестрельных ранениях, Советский врачебный журнал, 2, 1941.
Гринберг Е. А., Лечение огнестрельных переломов костей глухими гипсовыми повязками, в кн. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской АССР, т. 1, Махач-Кала, стр. 94—98, 1943.
Гуков А. П. и др., Транспортная иммобилизация. (Наставление для врачей и военфельдшеров кораблей и частей ВМФ), М., Военно-морская медицинская академия, 32 стр. с илл., 1942.
Гуреева М. П., Гипсовое отделение эвакогоспиталя, Медицинская сестра, 3—4, 1942.
Дементьева В., Техника применения гипсово-опилочных повязок, Медицинская сестра, 1—2, 1943.
Дитерихс М. М., К технике наложения гипсовых повязок, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.
Еланский Н. Н., К вопросу об организации и методике наложения и высушивания гипсовых повязок в условиях ППГ и эвакогоспиталей, ВМЖ, сентябрь—октябрь, 1944.
Еланский Н. Н., Организация и методика наложения и высушивания гипсовых повязок в условиях ППГ и ЭГ, в кн. Рационализация и изобретательство, в. 6, М., стр. 29—31, 1945.
Еланский Н. Н., Шина для иммобилизации головы и шейной части позвоночника при ранениях черепа, в кн. Рационализация и изобретательство, в. 6, М., стр. 20—21, 1945.
Загуменный Н. В., Лечение ранений мягких тканей глухой гипсовой повязкой по «манжетному» способу. Предварительное сообщение, Военно-морской врач, 2—3, 1943.
Ильин Н. Л., Транспортная иммобилизация шинами, изготовленными на этапах эвакуации в войсковом районе, в кн. Рационализация и изобретательство, в. 6, М., стр. 22—25, 1945.
Иткинсон Е. С., Деревянные шины для иммобилизации бедра, в кн. Обмен опытом, в. 9, М., стр. 9—11, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
Ишханов В. В., Наше впечатление о глухой гипсовой повязке, Военно-морской врач, 4, 1942.
Казунин Ф. А., Сетчато-гипсовая шина при транспортной иммобилизации, ВСД, 11—12, 1943.
Каплан А. В., Гипсовая повязка при лечении огнестрельных повреждений, М., Медгиз, 96 стр. с илл., 1943 (ГВСУ Красной Армии).
Каплан В. С., Костная транспортно-лечебная шинизация огнестрельных переломов, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 123—127, 1943.
Козакевич И. Е., Лечение огнестрельных повреждений глухими гипсовыми повязками, в кн. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны, в. 4, Л., стр. 41—44, 1943.
Криворотов П. А., О глухой гипсовой повязке при переломах костей и о лечении ран мягких тканей глухими гипсовыми футлярами, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 39—42, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
Куслик М. И., Гипсовая техника, М., Медгиз, 38 стр., 1943 (ГВСУ Красной Армии. В помощь войсковому врачу).
Лайшевский В. В., Шина для иммобилизации нижней конечности, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 183—184. 1944 (ГВСУ Красной Армии).
Левенсон М. С., Твердый гипс — новый вид гипсовой повязки, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 1, Свердловск, стр. 146—147, 1942.
Маликова А. А. и др., Окончатый гипсовый корсет, в кн. Сборник рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-99, б. м., стр. 77—78, 1945.
Минеев П. П., Приспособление для разработки функции тазобедренного и голеностопного суставов, в кн. Вопросы хирургии, М.—Л., стр. 92—95, 1944.
Михельсон Н. М., Несколько замечаний о проволочных шинах, Госпитальное дело, 1—2, 1942.
Нечаева А. И., Петли для вытягивания нижней конечности и фиксации челюсти при переломах, ВСД, 8, 1941.
Новинский Т. Д., Ортопедическая повязка для кисти руки при повреждении лучевого нерва, ВСД, 8, 1942.

Новожилов Д. А., Некоторые вопросы транспортной иммобилизации, Клиническая медицина, 10—11, 1941.
Новотельнов С. А., Иммобилизация переломов в войсковом районе, М., Медгиз, 33 стр. с илл., 1942 (ГВСУ Красной Армии и НКЗдрав СССР).
Орловский А. С., Щит и подголовник к носилкам для транспортной иммобилизации раненных в позвоночник в войсковом районе, ВМЖ, сентябрь—октябрь, 1944.
Островер Л. И., Шина для бедра, в кн. Сборник научных трудов эвакогоспиталей Куйбышевской области, в. 1, Куйбышев, стр. 151—153, 1945.
Перминов А. Д., Шина с седлом и подвижной коробкой для постоянного бескровного вытяжения при лечении переломов бедра и голени, Вестник хирургии им. Грекова, 63, 3—4, 1943.
Петров Б. А., Глухая гипсовая повязка (принципы, клиника и техника), М., Медгиз, 115 стр. с илл., 1943 (МСУ Военно-Морского Флота). Библиогр.
Петров Б. А., Наложение гипсового бинта непосредственно на рану, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 108—110, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
Петров Б. А., Техника глухой гипсовой повязки в военное время, Тбилиси, 40 стр., 1943 (НКЗдрав Грузинской ССР. Институт усовершенствования врачей, в. 8).
Петров Б. А., Транспортная иммобилизация, Сочи, 47 стр., 1942 (Медико-санитарный отдел Черноморского флота).
Посада С. Д., Усовершенствованная шина Томаса для огнестрельных переломов бедра, Хирургия, 3, 1945.
Рабинович С. С., О шинировании огнестрельных переломов костей кисти и пальцев в войсковом районе металлической сетчатой шиной, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 1, М., стр. 87—88, 1943 (Санитарное управление Западного фронта).
Райфельд Я. А., Новый тип циркулярной гипсовой повязки при переломах плеча, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 441—442, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
Раскин И. А., Морфологическая маркировка ранений при глухой гипсовой повязке, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 127—129, 1943.
Романов П. К. и Исаков Ф. Н., О глухих гипсовых повязках, в кн. Труды 1-й хирургической конференции N-ского РЭП 27—30 июля 1942 г., б. м., стр. 117—121, 1943.
Росновский А., Вариант проволочной шины для иммобилизации голеностопного сустава и стопы, Госпитальное дело, 10, 1942.
Рубашов С. М., Транспортная шина, Л., Медгиз, 19 стр. с илл., 1941.
Самарина О. К., Сплошная гипсовая повязка в условиях современных войн. (Обзор иностранной литературы за 1939—1941 гг.), Вестник хирургии им. Грекова, 62, 4, 1943.
Сафронов А. Л., Универсальная шина для иммобилизации нижних конечностей, в кн. Обмен опытом, № 8, М., стр. 4—8, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
Синадский Н. Е., Гипсовая повязка в условиях военно-санитарного поезда, ВСД, 11—12, 1942.
Скрынченко, Гипсование нижних конечностей с предварительной обработкой ран, в кн. Рационализация и изобретательство, в. 6, М., стр. 27—28, 1945.
Соколов М. М., Набор к перевязочному столу для наложения гипсовых повязок с экстензионной тягой, Госпитальное дело, 7—8, 1944.
Сосняков Н. Г., Гипсовый сапожок, заменяющий скелетное вытяжение при переломах бедра, Советская медицина, 10, 1942.
Таборисский М. Г., Методы иммобилизации на этапах как средство профилактики контрактур, в кн. Труды всеармейского совещания по лечебной физкультуре, М., стр. 76—77, 1945.
Таборисский М. Г., Техника наложения гипсовых бинтолонгетных повязок. (Краткое руководство), б. м., 40 стр., 1943.
Торковская В. Я., Техника наложения гипсовой повязки, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 1, Свердловск, стр. 37—46, 1942.
Тофило П. И., Трехстворчатая транспортная шина для нижней конечности, в кн. Обмен опытом, № 3, М., стр. 2—7, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
Транспортная иммобилизация при повреждениях, Советское здравоохранение Киргизии, 1, 1941.
Фрумин И. О., Гипсовые повязки и шины и основные принципы их изготовления. Ампутационная культя и ее протезирование, Алма-Ата, Казгостубинститут, 28 стр., 1942.
Цзангер Л. Г., Иммобилизация гипсовой лонгетной повязкой при переломах конечностей, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., Медгиз, стр. 117—123, 1943.
Цымбал В. Е., Полисадова К. И. и Войчевская Ю. В., Лечение ранений с помощью глухих гипсовых повязок, Новый хирургический архив, 48, 1941.

Шарутина В. В., Лигнино-марлевая гипсовая повязка, Военно-морской врач, 3, 1942.
Шатайло Э. В., Техника наложения гипсо-желатиновых повязок, в кн. Сборник рационализаторских предложений эвакогоспиталей ПЭП-122 и фронтового МЭП-99, б. м., стр. 24—25, 1945.
Шибанова К. А., Илово-гипсовые повязки, ВСД, 1, 1942.
Штейн Л. И., Лечение ран глухой гипсовой повязкой в тылу, Хирургия, 4, 1943.
Эдельштейн Г. Л., Особенности врачебного наблюдения и ухода за ранеными после наложения им гипсовых повязок, Л., Медгиз, 32 стр., 1943.
Эльяшев А. И., Основы транспортной иммобилизации, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 2, 1941.
Эскин И. А., Транспортная иммобилизация в войсковом районе при огнестрельных повреждениях костей конечностей, Советское здравоохранение Узбекистана, 1. 1941.
Эскин И. А., Транспортная иммобилизация стандартными шинами при огнестрельных повреждениях костей конечностей, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, 28 стр., 1943.
Языков Д. К., Транспортные шины, Фельдшер и акушерка, 9, 1941.
Якубовский М. И., Абдукционная шина для лечения огнестрельных переломов плеча, в кн. Сборник научных работ госпиталя НКО № 388, в. 1, б. м., стр. 57—62, 1943.
Ярушевич А. Д., Применение глухой гипсовой повязки для лечения огнестрельных переломов в условиях фронтового ЭГ, в кн. Труды эвакогоспиталей ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 9, Л., стр. 22—30, 1943.

16. Восстановительная хирургия

Александрова Э. А., Некоторые данные о дремлющей инфекции при восстановительных операциях на лице после огнестрельных ранений, в кн. Сборник научных работ института за третий год Отечественной войны, Л., стр. 141—146, 1945 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).
Александрова Э. А., Применение аэрона при пластических операциях на лице после огнестрельных ранений, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 2, 1944.
Александрова Э. А., Частичный некроз ножки стебельчатого лоскута при его пересадке, Вестник хирургии им. Грекова, 65, 1, 1945.
Архангельский П. Ф., Филатовскому стеблю 25 лет, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР. стр. 449—501, 1943 (Среднеазиатский военный округ).
Барановский Д. М., Стрептоцид-вазелиновая паста для заполнения костных полостей после радикальной операции по поводу огнестрельных остеомиэлитов, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 111—114. 1945 (ГВСУ Красной Армии).
Бетельман А. И., Формирующие аппараты при пластике мягких тканей подбородочной области, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 69, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
Блохин Н. Н., К вопросу о показаниях и технике кожной пластики при гранулирующих ранах, в кн. Лечение длительно не заживающих ран мягких тканей, М., стр. 17—22, 1944; Научные труды госпиталей, в. 1, М., стр. 67—73, 1942.
Блохин Н. Н., Об использовании «утильной» кожи в пластической хирургии, в кн. Вопросы хирургии в эвакогоспиталях, Горький, стр. 33—36, 1942.
Блохин Н. Н., Свободная пересадка кожи по способу Тирша как метод лечения ран, в кн. Вопросы неотложной хирургии и онкологии, Горький, стр. 190—202, 1941.
Браун А. Е. и Орлова Г. Н., Опыты на гетеротрофной трансплантации кожи. Доклады Академии наук СССР. Новая серия, т. XIV, № 2, стр. 141—142, 1943.
Бутикова Н. И., Пластика больших дефектов приротовой области филатовским стеблем, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 73—77. 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР)
Васильев Г. А., Опыт ранней пластики после ранения лица, в кн. Сборник научных работ Главного госпиталя Красной Армии, М., стр. 113—116, 1945.
Великанова М. М., Пластическое восстановление огнестрельных дефектов и деформации лица, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 55—59, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).
Восстановительная хирургия, в. 1—8, М., Медгиз, 1943—1945.
В. 1. Бом Г. С., Основы восстановительного лечения конечностей, 101 стр. с илл., 1943.

В. 2. Филатов В. П., Круглый стебель в офталмологии, 28 стр., 1943. Библиогр.

В. 3. Воячек В. И., Устранение дефектов уха, горла и носа после огнестрельных ранений, 26 стр. с илл., 1943. Библиогр.

В. 4. Парин В. В., Кожная пластика при травматических повреждениях, 43 стр. с илл., 1943.

В. 5. Анохин П. К., Пластика нервов при военной травме периферической нервной системы, 104 стр. с илл., 1944.

В. 6. Войно-Ясенецкий В., Поздние резекции при инфицированных огнестрельных ранениях суставов, 96 стр. с илл., 1944.

В. 7. Рауэр А. Э., Методы пластических операций мягких тканей лица после огнестрельных ранений, 52 стр. с илл., 1945.

В. 8. Линберг Б. Э., Хронические эмпиемы и бронхиальные свищи раневого происхождения, 67 стр. с илл., 1945. Библиогр.

Гектин Ф. Л., Кожная пластика на службе восстановительной хирургии в тыловых госпиталях, Хирургия, 2, 1944.

Джанелидзе Ю Ю., Свободная пересадка кожи в России и Советском Союзе, Вестник хирургии им. Грекова, 65, 2, 1945; Стоматология, 1, 1945.

Джанелидзе Ю. Ю., Тезисы доклада «Свободная пересадка кожи в России и Советском Союзе», М., 3 стр., 1944.

Дыхно А. М., Заметки по восстановительной хирургии, Хабаровск, Дальгиз, в. 1, 110 стр., 1942; в. 2, 127 стр., 1943 (Госпитальная хирургическая клиника Хабаровского медицинского института). Библиогр.

Збарж Я. М., Отсроченный (пластиночный) шов при ранениях лица, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 56—57, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Жак Е. М., Новое в методике образования и воспитания стебельчатого лоскута, Филатова, Госпитальное дело, 6, 1944.

Евдокимов А. Н., Пластика губ, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 48—50, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).

Евстифиев П. Ф., Первичная пластика некоторых травматических повреждений лица, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 78—82, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).

Иванов А. Ф., Филатовский стебель в пластике обширных дефектов подбородка, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума института, М., стр. 63—68, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).

Карташевский Н. Г., Случай пересадки кожи по способу Маянца, в кн. Труды Владивостокского военно-морского госпиталя, Л., стр. 85—88, 1941.

Козырев А. А. и др., Метод выбора аутопластического заполнения больших дефектов черепа, Хирургия, 7, 1945.

Кокая З. В., Опыт лечения инвалидов Отечественной войны в отделении восстановительной офталмохирургии, Вестник офталмологии, 24, 3, 1945.

Колмановская С. М. и Крохина Ф. И., Иссечение рубцов и язв после огнестрельных ранений, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 10—13, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Колпаков Т. А., Опыт лечения рубцовых контрактур методом пересадки консервированной кожи кролика, в кн. Контрактуры и их лечение, М. — Свердловск, стр. 11—16, 1945.

Конференция по восстановительной хирургии, созванная Управлением эвакогоспиталей Молотовской области и эвакопунктом № 44 в апреле 1942 г., Молотов, 8 стр., 1942.

Конференция по восстановительной хирургии и другим восстановительным методам лечения, 13-я, Свердловск, 22 стр., 1944.

Косматый А. С., Пересадка пальца с ноги на место утраченного большого пальца руки по способу Николадони, Хирургия, 3—4, 1942. Библиогр.

Котон С., Мастера пластических операций (проф. А. А. Лимберг и его ученики), в кн. Возвращение в строй, М., стр. 48—52, 1944.

Кузменко Л. Н., Профилактика и лечение контрактур и деформаций при повреждениях верхних конечностей, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 128—138, 1945.

Куслик М. Н., Мышечная сухожильная и кожная пластика при необратимых параличах в результате поражения нервов, в кн. Лечение ранений нервных стволов, б. м., стр. 178—181, 1944.

Лимберг А. А., Математические обоснования к выбору различных фигур встречных трехугольных лоскутов для исправления рубцов на поверхности человеческого тела, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 4, 1943.

Лимберг А. А., О предварительной биологической подготовке саженцев и ложа при свободной пересадке собственной кожи, в кн. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны, в. 1, Л., стр. 66—82, 1942.

Лимберг А. А., Теория планирования местно-пластических операций на коже применительно к исправлению рубцовых искажений, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 38—42, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).

Мануйлов А. И., Госпитали восстановительной хирургии, в кн. Сборник работ санитарной службы Сибирского военного округа, в. 2, М., стр. 9—13, 1943.

Михельсон Н. М., Еще о пересадке трупного хряща, Хирургия, 10, 1943.

Михельсон Я. Д., Восстановительная хирургия при ранениях уретры, в кн. Труды 1-й конференции урологов, М., стр. 156, 1945.

Мухин М. В., Сравнительная оценка методов пластического восстановления дефектов подбородочной области, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 43—48, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).

Непорент М. И., Случай обызвествленного гидроцеле, в кн. Сборник научных работ, М., стр. 229—231, 1945 (Главный военный госпиталь Красной Армии).

Николаева М. М., Сохранение функций сухожилия при помощи пересадки кожных лоскутов, в кн. Военная медицина за рубежом, в. 3, М., Медгиз, стр. 38, 1944.

Попов Е. Н., Свободная пластика кожи толстым лоскутом, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, в. 1, Куйбышев, стр. 129—147, 1944.

Приоров Н. Н., Восстановительная хирургия на службе лечения инвалидов Отечественной войны, Советское здравоохранение, 6, 1943.

Райхман И. М. и Полетаева З. С., 50 операций пересадки эпидермиса по Оллье-Тиршу и ее модификация, Госпитальное дело, 3, 1944.

Рихтер Г. А., Восстановление подвижности языка после тяжелых ранений дна ротовой полости, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 271—274, 1945 (Среднеазиатский военный округ).

Руфанов И. Г., Боевая травма и восстановительная хирургия, Клиническая медицина, 23, 12, 1945.

Семенов В. С., Восстановление большого пальца пересадкой пальца с ноги по методу Николадони, в кн. Сборник научных работ Якутской республиканской больницы, в. 2, Якутск, стр. 58—62, 1945. Библиогр.

Скляров И. П., Мышечная пластика при хронических остеомиэлитах, в кн. Труды 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества, Ашхабад, стр. 1—4, 1944; Госпитальное дело, 1—2, 1943.

Слуцкая М. М., Повреждения приротовой области, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 61—84, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).

Таборисский М. Г., Восстановительная хирургия во фронтовом районе, Фельдшер и акушерка, 7—8, 1944.

Тихомиров П. Е., Пластика век, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 197, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).

Хаютин С. М., О восстановительных операциях при травматическом отсутствии века, Вестник офталмологии, 24, 4, 1945.

Харитонович Э., Возвращенный облик. (Пластические операции), Техника молодежи, 9—10, 1942.

Хрулева К. И., Лечение контрактур подсадкой химически обработанной ткани по Краузе, в кн. Контрактуры и их лечение, М. — Свердловск, Медгиз, стр. 17—22, 1945.

Цейтлин А. З., Основные принципы восстановительной хирургии сухожильно-мышечного аппарата, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 139—155, 1945.

Шазэлс Е. Ю., Новая модификация пересадки кожи по Девису, Хирургия, 11—12, 1941.

Шатуновская Е. Г., Восстановление обширных дефектов филатовским стеблем, в кн. Труды конференции работников челюстно-лицевой хирургии эвакогоспиталей НКЗдрава РСФСР и 5-го пленума совета института, М., стр. 60—62, 1945 (Центральный институт травматологии и ортопедии и НКЗдрав РСФСР).

Шипачев В. Г., К реконструкции пальцев руки, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 96—104, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Шипачев В. Г., О закрытии обнаженных костей и костных полостей кожным трансплантатом, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 17—18, 1944 (ГВСУ Красной Армии); Медицинский бюллетень Иркутского медицинского института, 7, 1944.
Шипачев В. Г., Реконструированная кисть руки, Вестник хирургии им. Грекова, 61, 6, 1941.
Шипачев В. Г., Реконструкция пальцев и кисти рук. (30 лет работы над хирургией пальцев рук), Иркутск, 103 стр., 1944.
Шнейдер О. Я., Метод «люскут-сито» в восстановительной и неотложной хирургии, Новосибирск, Облгосиздат, 69 стр. с илл., 1944. Библиогр.
Эпштейн И. И., Предварительные итоги восстановительной хирургии в эвакогоспиталях МЭП-45. в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей МЭП-45, Киев, стр. 13—17, 1945.

(Продолжение следует)

★

ИЗ СОДЕРЖАНИЯ ЖУРНАЛА

„The Military Surgeon", 1946, V. 98, № 2—6, february—june. Военный врач (США), 1946, т. 98, № 2 — 6, февраль — июнь

№ 2, февраль

F. A. M. Webster, Медицинская кампания в Бирме, стр. 106—109.

Английские войска в Бирме находились во время войны в таком же хорошем состоянии, как оккупационные войска в Германии, благодаря отличной организации медицинской службы. Основными болезнями на Дальнем Востоке были малярия, амебная и бациллярная дизентерия и кустовый тиф (японская речная лихорадка — цуцугамучи). С успехом применялась профилактика меприцином — синтетическим препаратом, заменявшим хинин; проводилась большая работа по уничтожению мест выплода комаров. Были образованы корпусные медицинские центры, в состав которых входили самостоятельные организации по борьбе с малярией и эвакуационный пункт; хирургическая часть этих центров состояла из подвижной хирургической установки, рентгеновской установки, зубоврачебного отделения, лаборатории и отделения переливания крови. Широко применялись эвакуации по воздуху на самолетах двух типов, в которых помещалось 20 носилочных или 40 сидячих раненых или же 15 носилочных или 25 сидячих раненых.

L. Schapiro and M. M. Schapiro, Унцинариаз — борьба с ним снова является международной проблемой, стр. 109—119. Приведена литература — 44 названия.

Унцинариаз распространен повсеместно между 36° северной широты и 30° южной широты, где живет более половины населения земного шара. За время второй мировой войны в этих районах находились многотысячные войска, состоявшие из людей, не знакомых с местными условиями и способами защиты. Рассмотрев эпидемиологию унцинариаза и экономическое значение этой болезни, авторы указывают меры профилактики и борьбы с заболеванием. Очень большое значение имеет устройство удовлетворительных в санитарном отношении уборных и санитарное просвещение, наряду с радикальным лечением всех зараженных унцинариями.

J. W. Hall, Доброкачественная пептическая язва как диагностическая проблема, стр. 119—125. Приведена литература — 22 названия.

Рассмотрены следующие методы исследования: анамнез, физическое исследование, серийное исследование кала, исследование желудочной секреции, рентгеновское исследование, «кислотная проба», исследование нейтрализации, гастроскопия. Трудности распознавания обусловливаются тем, что пептическая язва может проявляться атипическими признаками, что может быть налицо симптоматология язвы в отсутствие таковой, что симптоматология язвы может быть вызвана деформированием двенадцатиперстной кишки ранее бывшей язвой и что пептическая язва может быть одновременно с другими заболеваниями.

R. Reeser jun. and M. B. Guthrie, Лечение пептической язвы у военнослужащих — анализ 200 случаев, стр. 125—131. Приведена литература — 17 названий.

У 185 больных имелась язва двенадцатиперстной кишки, у 13 — язва желудка, у 2 — оба вида язвы. 163 больных (81,5%) уволены от военной службы; 65 из них лечились затем в лечебных учреждениях для ветеранов. Из общего числа больных только 54 (27%) заболели в бытность на военной службе, прочие имели симптомы пептической язвы до поступления в ряды войск.

J. D. Nelson, Возвратный инфекционный гепатит, стр. 134—137. Приведено 3 литературных источника.

Описание 2 случаев пятикратного заболевания катарральной желтухой в течение 7 лет. Таким образом, вирусное заболевание печени не вызывает образования постоянного иммунитета.

№ 3, март

Ph. Thygeson, Этиология и лечение блефарита, стр. 191—203, 2 рис. Приведена литература — 16 названий.

Изучение 350 случаев блефарита у военнослужащих показало, что преимущественно наблюдаются три его вида: стафилококковый, себорройный, при котором обычно встречается в соскобе края века дрожжевой грибок Pityrosporum ovale с невыясненным этиологическим значением, и диплобациллярный. Часто наблюдается смешанная форма — стафилококково-себорройная. Вторичными факторами являются: повышенная деятельность сальных и мейбомиевых желез, недостаточная личная гигиена и тропический климат. Недостаток витаминов, неправильности рефракции глаза и аллергия не играют заметной роли. (Статья не окончена.)

O. B. Morrison jun. and R. Mazet jun., Деятельность медицинской организации в совместных береговых и морских операциях, стр. 204—214, 4 диаграммы. Приведено 4 литературных источника.

Рассмотрены функции различных медицинских частей и учреждений во всех стадиях совместных боевых действий наземных войск и флота.

P. V. McCarthy and R. E. van Demark, Маршевый перелом нижней ветви лобковой кости, стр. 233—235, 4 рис. Приведено 4 литературных источника.

Описание 2 случаев маршевого перелома у молодых солдат.

G. W. Merck, Биологическая война, стр. 237—242.

Предположение о возможности применения врагом биологических методов войны и необходимость быть готовыми ко всякого рода случайностям вызвали в 1942 г. учреждение в США специальной исследовательской организации. Проведена была весьма обширная работа по изучению методов и устройств для массового получения микробов и продуктов их жизнедеятельности, способов быстрого и точного обнаружения малейших количеств патогенных микробов, получение кристаллических бактериальных токсинов с целью приготовления иммунизирующих токсоидов высокой очистки, по изучению вопросов иммунитета, лечения некоторых инфекционных болезней, изготовления эффективной защитной одежды и снаряжения и пр. Хотя биологическая война никогда не применялась, возможности в этом отношении можно считать бо́льшими, чем для применения атомной бомбы и других секретных видов оружия.

№ 4, апрель

Ph. Thygeson, Этиология и лечение блефарита, стр. 279—288 (окончание).

Приведено дополнительно 5 литературных источников.

При лечении блефаритов автор применял: 1) антисептические вещества, 2) краски, генцианвиолет и бриллиантовую зелень, 3) сульфамиды, 4) антибиотики — пенициллин и тиротрицин, 5) вакцины и токсоиды.

R. E. Curti and J. A. Rosenkrantz, Инфекционный мононуклеоз и острый инфекционный лимфоцитоз, стр. 304—307. Приведена литература — 15 названий.

Авторы наблюдали за время с января 1941 г. по октябрь 1945 г. 24 больных инфекционным мононуклеозом, 7 из которых впоследствии оказались больными инфекционным лимфоцитозом — febris lymphocytotica. Возбудители этих болезней не известны. Инкубационный период при обоих заболеваниях составляет 5—10 дней, продолжительность болезни в среднем 28 и 32 дня соответственно. Ангина, припухание лимфатических желез, озноб, головная боль, светобоязнь, лихорадка, потеря аппетита, усталость, боли в суставах и в животе, иногда тошнота, рвота, желтуха — болезненные явления при том и другом заболевании. При мононуклеозе часто наблюдается увеличение селезенки. Лечение симптоматическое.

M. M. Schapiro, Унцинариаз в Латинской Америке, стр. 309—320. Приведена литература — 104 названия.

Исторический очерк. Первый случай унцинариаза в Центральной Америке был описан в Сан-Сальвадоре в 1889 г. С 1911 г. начата борьба с этим гельминтозом. В Южной Америке эта болезнь была известна с 1867 г. В настоящее время в согласованной борьбе с анкилостомиазом принимают участие все государства западного материка, кроме Аргентины и Чили.

W. P. Killingsworth. Лечение венерических болезней в полевых войсках в боевых условиях, стр. 320—326.

В 3-й армии США за время с 1.VII.1944 г. по 1.V.1946 г. подвергалось лечению от венерических болезней 4 869 человек; гонорреей болело 3 912 человек (80,3%), сифилисом — 846 человек (17,4%), мягким шанкром — 111 человек (2,3%). Анализ результатов лечения показывает, что методом выбора при лечении гонорреи следует считать назначение пенициллина в начальной дозе 200 000 единиц. Излечивается и возвращается в строй через 24—48 часов 90%, а в остальных 10%

требуется дополнительное урологическое исследование и соответствующие манипуляции. При лечении сифилиса — первичного и раннего вторичного — также применяется пенициллин, при лечении которым возможно возвращение в строй через 10—12 дней. Больные мягким шанкром возвращаются в строй через 5—14 дней; лечение состоит в применении сульфамидов местно и внутрь по 1 г 4 раза в день в течение 5 дней.

H. C. Modlin, Нарколепсия в военном отношении, стр. 329—337. Приведена литература — 7 названий.

Описано 5 случаев нарколепсии. Автор полагает, что так как лечение этого заболевания только паллиативное, больные не должны оставляться на военной службе. Однако при недостатке людей они при надлежащем лечении могут быть использованы на нестроевых должностях.

№ 5, май

P. R. Hawley, Госпитальная программа управления по социальному обеспечению участников войны, стр. 383—388.

Исходя из положения, что участники войны должны быть обеспечены наилучшей медицинской помощью, включая госпитальное лечение, автор сообщает ряд цифровых данных, по которым можно судить о размерах этой задачи, стоящей перед Управлением по социальному обеспечению «ветеранов». При составлении статьи война еще продолжалась. Число ветеранов второй мировой войны достигало уже 10 610 700 человек, а общее число ветеранов первой и второй мировой войны составляло 14 600 000 человек. По окончании войны это число должно было превышать 20 млн. человек. В госпиталях управления лечилось 74 000 больных, в других больницах — 8 800 и лечилось на дому около 13 000 человек, в общем около 95 000 человек. 39% госпитальных больных составляли ветераны второй мировой войны, значительное большинство остальных больных — ветераны первой мировой войны. В 38% всех случаев заболевания были связаны с военной службой, в 65% — не связаны; 51% больных страдали нейропсихическими расстройствами, 7% — туберкулезом, 42% — различными заболеваниями, в том числе хирургическими. Нейропсихические расстройства были связаны с военной службой в 41% случаев (среди ветеранов второй мировой войны — в 60% случаев, среди ветеранов первой мировой войны — в 33% случаев), туберкулез был связан с военной службой в 48% случаев, общие заболевания — в 15% случаев. Отметив, что 24 700 человек ожидают помещения в больницы, автор вычисляет, что по окончании войны потребуется до 150 000 коек для обеспечения больничной помощью всех нуждающихся в ней ветеранов, а впоследствии — не менее 250 000 коек. Потребуется более 12 000 врачей, занятых полное рабочее время, 40 000 человек персонала по уходу за больными и 150 000 прочих больничных служащих.

L. W. Breck and N. L. Higinbothava, Улучшенный хирургический метод лечения надколенного и локтевого бурсита, стр. 396—399, 3 рис.

Авторы применили новый способ хирургического лечения бурсита — надколенного в 29 и локтевого в 44 случаях — и получили полное излечение во всех случаях, кроме одного. Операция состояла в иссечении сумки и закрытии образовавшегося мертвого пространства глубокими матрацными швами, затянутыми на перламутровых пуговицах. Поверх накладывалась большая давящая повязка. До снятия швов через 2 недели после операции больному рекомендовалось не сгибать колено или локоть. Полное выздоровление наступало и функция восстанавливалась приблизительно через неделю после снятия швов; лишь в 7 случаях заживление продолжалось до 6 недель.

P. C. Talkington, Боевая психиатрия, стр. 401—404.

Описан опыт 3-й армии США по лечению нейропсихических заболеваний во время продолжительных боевых действий. Из общего числа больных и раненых 278 262 человека было 19 622 (7%) нейропсихических больных, из которых 14 218 (72,4%) были возвращены для службы в армии. На дивизионном эвакуационном пункте, в каждом эвакуационном госпитале находилось по одному, а в госпитале для выздоравливающих — 3 опытных психиатра. При заболеваниях легкой степени лечение проводилось на батальонном пункте медицинской помощи, если больной мог быть возвращен в часть не позже, чем через 12 часов, и в полковом пункте медицинской помощи, если больного можно было возвратить в часть после лечения и отдыха в течение еще 3 суток. Прочих больных отправляли на эвакуационный пункт.

L. Gussow, Врожденная аномалия грудины — вертикальное неслияние грудной кости, стр. 420—424, 5 рис. Приведена литература — 16 названий.

Описаны 2 случая врожденной вертикальной щели в грудине. Эта аномалия может иметь практическое значение при современных методах исследования костного мозга, парэнтерального введения цитратной крови и других жидкостей и при хирургическом вмешательстве в грудной полости.

W. O. Puckett, W. D. McElroy and E. N. Harvey, Изучение ранений живота и груди, произведенных снарядами большой скорости, стр. 427—439, 15 рис. Приведена литература — 8 названий.

Опыты проводились на анестезированных кошках. Действие проникающих с большой скоростью мелких снарядов фиксировалось кинематографически со скоростью 2 000—2 800 кадров в секунду и рентгенографически (микросекундные рентгенограммы).

№ 6, июнь

K. H. Abbott, Лечение острых боевых черепно-мозговых повреждений, стр. 469—482, 4 рис. Приведена литература — 23 названия.

Описание способов, применявшихся в эвакуационных госпиталях юго-западного Тихоокеанского театра военных действий.

G. I. Uhde, Личный опыт лечения ожогов боевыми отравляющими веществами верхних дыхательных путей во время второй мировой войны, стр. 483—487, 1 рис. Приведено 3 литературных источника.

Сообщение о 1 097 случаях ожогов БОВ, преимущественно ипритом (1 008 случаев). Остальные 89 случаев были причинены: хлорацетофеноном (30), адамситом (24), фосгеном (11), люизитом (8), хлором (6), белым фосфором (5), хлорпикрином (3), дифенилхлорарсином (1) и сернотриоксихлорсульфоновой кислотой (1). Ожоги в большинстве случаев произошли на производстве.

I. I. Bedrick and S. A. Zawadski, О переломах ладьевидной кости руки, стр. 488—491, 4 рис. Приведено 3 литературных источника.

На основании наблюдения 31 случая перелома ладьевидной кости руки автор заключает, что при всех повреждениях лучезапястного сустава необходимо производить рентгеновское исследование. Изредка сращения не наступает; в таком случае методом выбора надо считать просверливание и вколачивание спицы.

S. Mead, Значение определения содержания алкоголя в крови, стр. 495—496. Приведена литература — 4 названия.

Определение содержания алкоголя в крови имеет значение для подтверждения показаний очевидцев, так как в нормальной крови алкоголя не содержится вовсе. Судить о наличии состояния опьянения можно лишь при содержании в крови очень большого количества алкоголя — 4 мг на 1 см³ и больше, так как индивидуальная выносливость в отношении алкоголя чрезвычайно различна.

E. N. Harvey, A. H. Whiteley, H. Grundfest and J. H. McMillen, Пьезоэлектрическое измерение изменения давления в брюшной полости глубоко наркотизированных животных во время прохождения высокоскоростного снаряда, стр. 509—528, 16 рис. Приведена литература — 5 названий.

Экспериментальное исследование на кошках.

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский

Комиссия по присуждению премий им. академика Н. Н. Бурденко

на основании постановления Президиума Академии медицинских наук Союза ССР от 5.II.1947 г. объявляет конкурс на соискание премий имени академика Н. Н. Бурденко.

Условия конкурса

1. Премии им. академика Николая Ниловича Бурденко присуждаются Президиумом Академии медицинских наук ежегодно, начиная с 1947 г., за выдающиеся научные труды и крупные научные достижения в области нейрохирургии, хирургии и военно-полевой хирургии, всего три премии по 20 000 рублей каждая.

2. Премии им. Н. Н. Бурденко присуждаются за законченные оригинальные работы по вышеуказанным дисциплинам, содержащим новые данные или обобщения, а также за открытия и новые методы, имеющие крупное научно-теоретическое, практическое или профилактическое значение.

3. На соискание премии им. Н. Н. Бурденко могут представляться работы как неопубликованные, так и опубликованные в год, предшествующий присуждению. Открытия и методы практического терапевтического и профилактического характера могут представляться на соискание премий лишь при условии, что они уже введены и апробированы в клинической практике в год, предшествующий присуждению.

4. Премии им. Н. Н. Бурденко могут быть удостоены ученые труды только советских граждан, их авторских коллективов и советских научных учреждений. Работы могут представляться научно-исследовательскими институтами, высшими учебными заведениями и отдельными гражданами СССР.

5. Работы на соискание премий им. Н. Н. Бурденко представляются в отделение клинической медицины Академии медицинских наук с надписью: «На соискание премии им. академика Н. Н. Бурденко», по адресу — Москва, 5-я Тверская-Ямская, д. № 5, Институт нейрохирургии им. академика Н. Н. Бурденко Академии медицинских наук СССР, — не позднее 1 октября 1947 г., а в последующие годы не позднее 1 января года присуждения премий.

6. Работы представляются в 3 экземплярах, отпечатанные на машинке или типографским способом. При этом обязательно представление кратких автобиографических сведений о кандидате, с перечнем основных научных работ и изобретений. Личная подпись кандидата должна быть надлежащим образом заверена по месту его работы.

7. Решения Комиссии по премиям им. Н. Н. Бурденко утверждаются Президиумом АМН СССР 11 ноября 1947 г. (в день смерти Н. Н. Бурденко), и 6 мая в последующие годы (день рождения Н. Н. Бурденко), после чего делается публикация о присуждении премий в «Вестнике Академии медицинских наук СССР», в центральных газетах, в «Известиях Академии наук СССР» (серия биологическая), а также в основных медицинских журналах СССР.

8. Если Комиссия по премиям решит, что ни одна из представленных на премии работ не заслуживает полной премии, она может войти с представлением в Президиум АМН СССР о присуждении достойным соискателям половинного размера каждой премии. При отсутствии работ, достойных премирования, конкурс считается несостоявшимся.

9. Если премированные работы не были изданы до присуждения премии, Академия медицинских наук опубликовывает их через соответствующие издательства. На титульном листе работы, удостоенной премии, делается надпись о присуждении премии.

Председатель Комиссии по присуждению премий
имени академика Н. Н. Бурденко

Действительный член АМН СССР проф. В. Н. Шамов

Секретарь комиссии М. А. Салазкин

★

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Редактор *Н. И. Завалишин* Техн. редактор *А. Ф. Аксенов*

Издается с 1823 г. Сдано в произв. 10/VI 1947 г. Подп. к печ. 10/VII 1947 г.
Г 82013. Ф. бум. 70×108/16. Печ. л. 4,0. Учетно-изд. л. 6,65. Зн. в 1 п. л. 67 000.
Тираж 8 800 экз. Цена 2 руб. Заказ 357.

13-я типография треста «Полиграфкнига» ОГИЗа при Совете министров СССР, Москва, Денисовский, 30

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Полковник мед. службы, кандидат мед. наук Н. Бункин. Повысить уровень работы медицинской службы в области физической подготовки 3

Проф., доктор мед. наук В. П. Ярославский. Об остановке кровотечения из внутренней яремной вены при высоком ранении ее 9

Подполковник мед. службы проф. И. Л. Крупко. Диагностика и терапия дремлющей инфекции в восстановительной хирургии 10

Майор мед. службы А. Я. Ляпунов. Глазной боевой травматизм в годы Великой отечественной войны 18

Подполковник мед. службы А. С. Свечников. Небоевой травматизм. 21

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы В. В. Скворцов. Основные вопросы медицинского обеспечения марша 27

А. Г. Исаханов. Медицинское обеспечение дивизии при подвижной обороне и наступлении в условиях современной войны 35

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Полковник мед. службы В. В. Скворцов и майор мед. службы М. К. Соколов. Некоторые итоги работы по научно-медицинскому контролю за питанием и физической нагрузкой войск. 38

В МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ И НА НАУЧНЫХ КОНФЕРЕНЦИЯХ

В президиуме Академии медицинских наук СССР. 43

CONTENTS

THERAPEUTIC PROPHYLACTIC QUESTIONS

Colonel of the Medical Service, Candidate of Medical Sciences N. Bunkin. To Raise the Level of the Medical Services Work in the Field of Physical Training 3

Prof., Doctor of Medical Sciences V. P. Yaroslavsky. On the Stopping of Haemorrhage from High Wounds of the Internal Jugular Vein 9

Prof. Lieutenant-Colonel of the Medical Service I. L. Krupko. Diagnostic sand Therapy of the Latent Infection in Restoration Surgery 10

Major of the Medical Service A. Y. Liapunov. Eye War Traumatism during the Patriotic War. . . 18

Lieutenant-Colonel of the Medical Service A. S. Svechnikov. The non — War of Traumatism 21

ORGANIZATION AND TACTICS OF THE MEDICAL SERVICE

Colonel of the Medical Service V. V. Skwortsow. Principal Problems of Medical Security of the March. 27

A. G. Isakhanov. The Medical Security of the Division in Mobile Defence and Offensive in Conditions of Modern War 35

QUESTIONS OF MILITARY HYGIENE

Colonel of the Medical Service V. V. Skwortsow, Maior of the Medical Service M. K. Sokoloff. Some Results of the Work in the Scientific Medical Control on Nutrition and Physical Task of the Troops. 38

AT MEDICAL SOCIETIES AND SCIENTIFIC CONFERENCES

At the Presidinm of the Academy of Medical Sciences 43

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Проф., засл. деятель наук Д. М. Российский. Русские доктора медицины в XVIII веке 47

FROM THE HISTORY OF WAR MEDICINE

Prof., the Honorary Promoter of Science D. M. Rossijsky. Foreign and Russian Doctors of Medicine in the Moscow State of the XVIII th Centuries . . 47

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941—1945 гг.) 50

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский. Библиографический обзор иностранных журналов 59

BIBLIOGRAPHY

Colonel of the Medical Service I. D. Makarov. Bibliography on War Medicine during the Years of the Patriotic War (1941—1945). 50

Doctor of Medical Sciences L. M. Starokadomsky. Bibliographic Survey of Foreign Journals 59

★

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

8

АВГУСТ

МЕДГИЗ · 1947

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Редактор
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН

Секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-полковник медицинской службы Н. Н. БУРДЕНКО,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы С. С. ГИРГОЛАВ,
генерал-майор медицинской службы Ф. Г. КРОТКОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН

8

АВГУСТ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
„МЕДГИЗ" — 1947 — МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Редактор *Н. И. Завалишин* Техн. редактор *А. Ф. Аксенов*

Г 82195. Издается с 1823 г. Сдано в пр-ство 9.VII.1947 г. Подп. к печати 22/VIII.1947 г.
Форм. бум. 70 × 108 1/16. Печ. л. 4,0. Уч.-изд. л. 6,75. В 1 печ. л. 67 000 зн.
Тир. 8 800 экз. Цена 2 р. Заказ 424.

13-я тип. треста „Полиграфкнига" ОГИЗ при Совете министров СССР.
Москва, Денисовский, 30

Генерал-полковник мед. службы Е. И. СМИРНОВ

ЗАДАЧИ ПОДГОТОВКИ ОФИЦЕРСКОГО СОСТАВА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ И РОЛЬ КУМС В ВЫПОЛНЕНИИ ЭТИХ ЗАДАЧ[1]

История войн и особенно опыт Великой отечественной войны с несомненностью доказали особенности военно-полевой хирургии, военно-полевой терапии, военно-санитарного дела как дисциплины. Военную медицину нужно изучать иначе, чем до сих пор. Шаблона быть не должно. Шаблон — враг военной медицины, как и любой науки.

Спрашивается, чем обусловливаются задачи подготовки офицеров военно-медицинской службы?

Во-первых, особенностями возникновения и течения боевых повреждений и заболеваний в условиях действующей армии.

Во-вторых, чрезвычайной изменчивостью и многообразием боевой и медико-санитарной обстановки, влияющей на объем, характер и размах лечебно-эвакуационной, гигиенической и противоэпидемической работы.

В-третьих, особенностями работы медицинской службы в войсковых, армейских и фронтовых районах, где лечение раненых и больных неизбежно связано с эвакуацией их с этапа на этап, что ограничивает выбор методов лечения, применяемых в мирной обстановке; в войсковом, армейском и фронтовом районах организация работы лечебно-профилактических учреждений, перемещающихся вслед за войсками, обычно связана с импровизацией.

В-четвертых, географическими, климатическими и санитарно-эпидемиологическими особенностями театров военных действий.

В-пятых, степенью подготовки врачей в области основных медицинских дисциплин и состоянием военно-медицинских наук.

В учении о военной медицине и высказываниях видных деятелей военной медицины и ее рядовых работников — участников войны, неоднократно обращалось внимание на особенность как дисциплины военно-полевой хирургии, военно-полевой терапии, военной эпидемиологии, гигиены, военно-санитарного дела.

Эти положения особенно наглядно подтверждаются опытом Великой отечественной войны, и именно на этом опыте поучительно показать их правильность.

Проанализируем первое положение: особенность возникновения и течения огнестрельных повреждений и заболеваний в условиях действующей армии. Существует ли на войне эта особенность? Безусловно, существует.

Рассмотрим раневую болезнь. В свете современной, только что закончившейся войны надо отказаться от неправильных представлений о ране, о раневых болезнях. Сейчас есть основания утверждать, что раневая болезнь, рана, представляет комплекс сложных биохимических и

[1] Сокращенная стенограмма выступления на совещании начальников КУМС 19.IX.1946 г.

патоморфологических процессов, где чрезвычайно видную роль играют рефлекторные явления. Если это так, если рефлекторные процессы занимают в течении раны, в ее заживлении видное место, ясно, что знание физического состояния бойца в период, предшествующий ранению, чрезвычайно важно для правильной оценки развития раневых процессов.

Обстановка, в которой приходится воевать солдату и офицеру, необычна. Она крайне отличается от обстановки мирного времени. А между тем у нас изучение раны и раневых процессов производилось раньше всегда в условиях клиники мирного времени.

Отсюда наше разочарование в антисептике. Роль микроба в раневом процессе переоценивалась. Оказалось, что микроб в раневом процессе не играет довлеющей роли. Достаточно создать условия, при которых микроб не мог бы размножаться, для того, чтобы он сам погиб.

Следовательно, единой мерки в подходе к профилактике, лечению раневых и бытовых травм и их осложнений нет. Отсюда наши разочарования в применявшихся ранее методах лечения огнестрельных повреждений. Это хорошо иллюстрирует наше первое положение о том, что в течении огнестрельных повреждений и в течении заболеваний имеются особенности, которые военный врач должен отчетливо себе представлять и изучать их.

Еще нагляднее можно подтвердить указанное положение, рассматривая осложнения огнестрельных повреждений. Все хирурги и физиологи утверждают сейчас, что шок травматический, имеющий место на войне, не похож на шок, который мы знали в клинике, который получали путем эксперимента. На войне совсем не тот шок, и в этом сейчас никто уже не сомневается. Шок — бич именно огнестрельных боевых повреждений. Он свойственен главным образом именно боевому периоду и огнестрельной ране, боевой, а не бытовой травме. Можно с уверенностью сказать, что это единое целое с представлением о ране, о ее течении. Шок на войне, безусловно, имеет свои особенности в этиологии и течении по сравнению с шоком, который изучают в клиниках и о котором известно из учебников.

А разве остеомиэлиты огнестрельного происхождения не отличаются от остеомиэлитов мирного времени? Отличаются. Во время войны и патоморфологи, и хирурги неоднократно это утверждали.

Что касается газовой гангрены, то она является поистине самым сильным и главным врагом медицины военной, а не медицины мирного времени. Газовая гангрена — объект именно военного врача, а не врача гражданского, не врача гражданской клиники и поликлиники. Газовая гангрена — самое тяжелое осложнение, приводящее в большинстве случаев к смерти или к исходу, связанному с ампутацией конечности.

Все эти так называемые осложнения особенно наглядно подтверждают, что возникновение и течение ранений и заболеваний в условиях военной обстановки имеют особенности, которые обязательно должны быть объектом изучения врачей, готовящихся к работе в условиях действующих войск.

Что касается соматических заболеваний, то в период Великой отечественной войны, как никогда раньше, наглядно удалось подтвердить высказывания военных врачей прошлого столетия, в частности, Говорова, об особенностях лечения заболеваний, свойственных войне, и о заболеваниях, давно известных, но в условиях действующих войск по-особенному протекающих.

Например, в мирное время случаев первичного туберкулеза у взрослых было мало, однако в действующих войсках это явление не так уже редко.

Далее мы хорошо изучили особенности течения и возникновения пневмоний у раненых, не похожих на пневмонии мирного времени. Следует отметить, что пневмонии у раненных в конечность, в живот, в грудную клетку, в челюсть, имеют в каждом отдельном случае свои особенности, свои закономерности.

Что касается нервно-психических заболеваний, то они, несомненно, обусловливаются боевой обстановкой, что было общепризнано и раньше.

Из сказанного следует, что нельзя говорить о боевой подготовке медицинского офицера, не имея в виду этого первого, охарактеризованного нами сейчас положения.

Возьмем второе положение — о влиянии боевой и медико-санитарной обстановки на размеры потерь ранеными и больными, на объем, характер и размах лечебно-профилактической, гигиенической и противоэпидемической работы. Не говоря уже об опыте Великой отечественной войны, достаточно сделать беглый обзор боевых действий на протяжении прошлых войн, чтобы убедиться в справедливости этого положения.

Приведем отдельные эпизоды, отдельные примеры из опыта Великой отечественной войны. Возьмем правый фланг Западного театра военных действий — Карельский фронт. На протяжении почти четырех лет войны войска Карельского фронта стояли в позиционной обороне. Потери здесь были незначительны, потребность в коечной сети была настолько мала, что не идет ни в какое сравнение с потребностью в коечной сети для обеспечения наступательной или сколько-нибудь маневренной операции. Поэтому размеры эвакуационной работы здесь сводились к нулю. Минимальная коечная сеть, имевшаяся на Карельском фронте, заполнялась ранеными с других фронтов.

С другой стороны, объем гигиенической работы был на этом фронте очень велик. Заполярье, Север бедны овощами, зелени мало как летом, так и зимой, и приходилось уделять особое внимание профилактике авитаминозов. Внимание терапевтов, как нигде на другом фронте, было обращено на эту сторону вопроса. Работа же войсковой медицинской службы в области лечебно-эвакуационного обслуживания не может, повторяю, итти ни в какое сравнение с таковыми на любом активном фронте. Это настолько ясно, что вряд ли стоит об этом дальше говорить.

Можно привести противоположный пример: Ленинградский фронт. Блокада. Войсковой, армейский и даже фронтовой районы в одном городе, где всякое различие этих районов стерлось; где эвакуационный госпиталь фронтового района принимал раненых с поля боя, минуя этапы эвакуации войскового и армейского районов, где вследствие блокады и недостаточного питания имела место дистрофия и как ее осложнение дизентерия; где в лечебно-эвакуационной работе противоэпидемические мероприятия играли далеко не последнюю роль, чего не было, например, на Карельском фронте. На этом фронте эвакуация раненых почти не имела места. Эвакуационная работа свелась здесь к нулю; здесь было полное бездорожье, дороги настланы кругляком, перевозка раненых в этих условиях сопровождалась большой смертностью. Если в Ленинграде из МСБ могли везти, не боясь, что раненый умрет в дороге, потому что расстояние было в 20 км, то на Карельском фронте к сортировке предъявлялись повышенные требования. Вот пример влияния боевой и медико-санитарной обстановки на объем работы.

Я иллюстрирую только мазками, штрихами, принимая во внимание особенности обстановки и различие фронтов. Что касается стратегического положения, то в первой стадии войны объем работы в армейском и войсковом районах был мал, зато был велик во фронтовом. Соотношение коечной сети было в пользу фронтового района. Мы не могли

иметь мощной и сильной армейской базы, не занимались многими вопросами, возникшими только в период наступательной операции.

Можно было бы перечислить много особенностей работы в различных условиях боевой обстановки, но вряд ли в этом есть необходимость. Это понятно каждому, даже не очень искушенному в вопросах военной медицины, человеку. Однако кое-какие важные для правильного представления о характере подготовки офицеров, особенно руководящего состава, вопросы следует разъяснить.

Вспомним боевую обстановку, сложившуюся на Южном фронте в 1941 г. Это был период некоторого затишья, шла позиционная оборона на полях с неубранным хлебом. В предвоенный период у нас были районы, неблагополучные по туляремии, но болезнь эту мы зачастую изучали по заграничным данным, вследствие чего наше представление о ней было явно ошибочным. В сведениях по этому заболеванию у специалистов медицинской службы были пробелы.

Когда возникла туляремия в войсках, прошло много времени, прежде чем мы смогли определить это заболевание и принять надлежащие меры. Это тяжелое заболевание, опасное в условиях расположения войск в окопах и землянках, изобиловавших полевыми мышами, возникло на Западном фронте, когда войска перешли к позиционной обороне, в районе неубранными хлебами. Потребовалось много времени и усилий, чтобы справиться с эпидемией туляремии в войсках на этом фронте.

Несколько слов по вопросу о потерях и размерах этих потерь. Когда мы перешли в наступление под Москвой, имея безусловный перевес в живой силе и значительный дефицит в оснащении вооружением нашего Западного фронта, мы несли потери, превысившие наше представление о возможных потерях в современных войнах, в том числе в наступательных операциях. Следовательно, в подготовке офицеров очень важно учесть то обстоятельство, что к наступательным операциям нельзя подходить с одной меркой; надо учитывать, что потери определяются не только видом боя, но и соотношением сил.

Когда наши войска вновь заняли нашу территорию, находившуюся во временной оккупации немцев, мы встретились с заболеваниями, не имевшими ранее места в наших войсках; ведь это тоже боевая обстановка, которую нужно изучать и как-то предвидеть. Я имею в виду сыпной тиф и венерические заболевания, усилившиеся с выходом наших войск на территорию вражеских стран.

И еще одно обстоятельство, которое нужно запомнить начальникам КУМС. Мы вынуждены были вести оборонительные бои или стоять в обороне и в таких местах, где свирепствовала малярия и где возникло много свежих заболеваний малярией и ее рецидивов. Мы не были к этому готовы.

Нельзя говорить о боевой подготовке без учета подобных моментов, нельзя говорить о подготовке офицеров медицинской службы, не зная особенностей территории боевых действий и не учитывая неизбежности в отдельных случаях серьезных вспышек подобных заболеваний, к которым необходимо заблаговременно подготовиться.

Возьмем другой пример. До Великой отечественной войны наше представление об отморожении всегда связывалось с севером, с большими морозами, а в действительности самый большой процент отморожений оказался по Южному и Юго-западному фронтам в донских степях. И здесь мы повинны, так как все необходимое для профилактики отморожений было брошено в первую очередь на север и затем уже, в последнюю очередь, — на южные фронты, а там как раз и оказалось узкое место.

Приведу один штрих, чтобы дать представление о том, как влияет боевая обстановка на условия работы военных врачей. Мы лечили ра-

неных, пользуясь системой этапного лечения с эвакуацией по назначению, а когда мы вышли в донские степи, где была одна железнодорожная колея на три фронта, где не было шоссейных дорог, нам пришлось перейти к системе лечения на месте, т. е. к системе, применявшейся в войнах прошлых столетий.

Как же можно проходить мимо таких фактов, говоря о подготовке медицинских офицеров?

Сейчас никому не придет в голову отрицать, что боевая обстановка определяет нашу работу и влияет на ее объем, характер и размах. Сейчас все это знают, но от знаний до фактических выводов расстояние бывает большое.

Необычность условий работы военной медицины в войсковом, армейском и фронтовом районах наглядно подтверждается опытом Великой отечественной войны.

За период Великой отечественной войны мы вынуждены были сотни тысяч госпитальных коек переводить с запада на восток и еще больше коек с востока на запад, в соответствии с характером продвижения наших войск. Для этого надо было перемещать людей и оснащение госпиталей по железным дорогам, загруженным перевозками войск, боеприпасов, горюче-смазочных и других материалов.

Перевозки и переброски госпиталей надо было осуществлять в период боевых действий войск и пользуясь системой лечения, именно этапного лечения с эвакуацией по назначению, т. е. с наличием специализированных госпиталей. И все это происходило на территории, подвергавшейся оккупации противника, разрушению и разорению. Неизбежна была и импровизация такого порядка, которая никогда не имеет места в условиях мирной жизни.

Не стоит говорить о том, что наша диагностическая и пунктовая сортировка тесно связана с объемом работы этапно-эвакуационного порядка, а последняя определяется боевой обстановкой. Это понятно. Но необычность условий работы нельзя исключать из программы боевой подготовки советского офицера. Не зная и не изучая их, никогда нельзя рассчитывать на успешное лечебно-эвакуационное и противоэпидемическое обеспечение боевых действий войск. Современные маневренные войны неизбежно будут сопровождаться движением войсковых масс вперед и назад и в соответствии с этим и продвижением госпиталей, не только армейских, но и фронтовых, и глубокого тыла.

Отсюда много вопросов,касающихся штатно-организационной структуры, а также много недоуменных вопросов со стороны товарищей, считающих, что надо иметь специализированные хирургические госпитали в армейском районе и эвакуационные госпитали армейского района с другим штатом, чем во фронтовом районе. Много возникает проблем, которые нельзя упускать, имея в виду подготовку офицера медицинской службы.

Наконец, скажем об особенностях театра военных действий. Возьмем, к примеру, Дальневосточный театр военных действий. Там мы встретились с настоящей чумой, свирепствовавшей среди гражданского населения Маньчжурии.

На Дальневосточном фронте на чужой территории среди населения мы имели дело с холерой, у нас давно забытой. Там же от холеры среди населения умирали ежедневно сотни людей.

Мы встретились там с сопровождающимся ужасным процентом смертности японским энцефалитом, о котором наши врачи имеют представление лишь по литературным описаниям.

Вот вам санитарно-эпидемиологическая особенность театра военных действий.

Возьмем теперь географические и климатические особенности. Например, Заполярье, где совершенно иная, чем привычная нам, смена

дня и ночи. Для работы в условиях Заполярья требуется особая подготовка и, может быть, иное оснащение, чем на другом театре военных действий.

Или возьмем Монгольскую степь, вспомним поход войск Забайкальского фронта через Хинган по безводной степи, где одной из важных проблем медицинской службы является проблема снабжения водой. Объем гигиенической работы и структура должны быть здесь в известной мере иными, чем на обычном театре военных действий; приходилось думать о том, чтобы специальные инженерные части подготовили снабжение войск водой для питья. Безлесная, при отсутствии жилого фонда, степь требовала оснащения медицинской службы палаточным фондом. Всякое представление о табелях для обычного театра военных действий здесь, в Монгольской степи, не могло быть пригодно.

Из сказанного следует, что нельзя рассчитывать на обеспечение подготовки офицера медицинской службы, не учитывая особенностей театра военных действий.

Последнее положение, влияющее и обусловливающее подготовку офицера медицинской службы, — это степень знаний врача. Сложность общих условий боя и непрерывное развитие медицинской науки, особенно военной науки, предъявляют к военному врачу большие требования. Военные врачи, помимо глубоких знаний, я бы сказал, по основным ведущим дисциплинам, должны обладать знаниями в размере, необходимом им по занимаемой должности, и в области военной науки.

В какой степени военному врачу надо знать больше, чем гражданскому врачу? Война с очевидностью показала, что знания военного врача должны быть во много раз больше потому, что он имеет дело с этапным лечением, когда врач лишен возможности наблюдать раненого, а принимать решение и лечить его приходится.

Когда мы строим программу и говорим о подготовке офицеров медицинской службы, особенно руководящего состава, мы должны помнить, что современные требования к военному врачу велики. Наша задача сводится к тому, чтобы эти знания дать, особенно руководителю военной медицины.

Вот пять положений, рассмотренных нами вкратце и очень бегло, обусловливающих подготовку офицеров медицинской службы.

В какой степени мы сумели справиться с нашей работой в период Великой отечественной войны, если принять во внимание эти пять положений? Дадим оценку нашей деятельности.

Итоги лечебно-эвакуационного, противоэпидемического обеспечения в условиях боевых действий войск во время Великой отечественной войны можно оценить только как удовлетворительные, но ни в коем случае не выше. Всякий, кто, читая статьи в газетах, отзывы в иностранных журналах о нашей службе, склонен думать иначе, безусловно, ошибается.

Мы имели значительную смертность среди раненых, среди пораженных в боях, высокую инвалидность среди раненых, особенно среди раненных в нижние конечности, среди раненных в брюшную и грудную полость, среди раненных в череп.

Если сравнить итоги нашей работы с итогами работы медицинской службы иностранных армий и русской армии за период первой мировой войны, то окажется, что мы, безусловно, лучше работали и имеем лучшие итоги. Но сравнивать или оценивать нашу работу, пользуясь критерием сравнения с прошлыми войнами, было бы неразумно и непростительно для нас: прошло 25 лет, наука двинулась вперед, мы живем в иных условиях, в ином государстве, с иными возможностями.

Не будем приводить цифровой материал, но напомним, какова была смертность по данным литературы в иностранных армиях за период

первой мировой войны, для того, чтобы можно было иметь об этом представление.

За первую мировую войну из 100 раненых, лечившихся во всех госпиталях, т. е. исключая лечебные учреждения войскового района, смертность составляла: у немцев 6%, у французов 8,3%, у англичан 7,7%, у американцев 6,1% (сюда не вошли лечебные учреждения войскового района, где смертность не превышает единицы).

Можно сказать больше: по данным иностранной литературы мы можем, сравнивая материал, сказать, что тяжесть ранений во вторую мировую войну во много раз превышает тяжесть ранений, имевших место в первую мировую войну. Например, известный военный хирург Франц говорил, что если на ранения головы и туловища вместе приходилось 29% всех повреждений, то на повреждения внутренних органов, т. е. мозг, органы грудной и брюшной полости, приходилось только 4,33%. У нас же повреждения внутренних органов — черепа и полостей — превышают 10—10,8%. Следовательно, тяжесть ранений возросла почти в два раза, однако смертность по отдельным видам ранений на много ниже, чем в иностранных армиях за период первой мировой войны.

Например, по данным американского отчета, смертность у них при огнестрельных ранениях плечевого сустава составляла 5,8%, у нас же смертность при этих видах повреждений равна 3,2%. Еще пример: у американцев от огнестрельных ранений локтевого сустава умирало 2,56%, у нас — 1,5%.

Таких примеров можно было бы привести много и тем не менее я подчеркиваю, что итоги нашей работы можно оценить только как удовлетворительные.

Почему? Потому, что у нас были возможности, позволяющие иметь лучшие итоги работы, чем те, которые мы получили.

Следовательно, можно твердо сказать, что у нас было много ошибок как в области диагностики, профилактики и лечения боевых повреждений и соматических заболеваний, так и в области противоэпидемической защиты войск, планирования лечебно-эвакуационной и противоэпидемической работы, лечебно-эвакуационного и противоэпидемического обеспечения, в области руководства и управления медицинской службой в дивизии, армии и фронте.

Не будем сейчас приводить цифр ошибок в диагностике, а следовательно, и в лечении; я их еще приведу из нашей мирной жизни в конце доклада.

Особенно тяжелы и сказались на результатах лечения раненых и больных ошибки в области планирования лечебно-эвакуационного и противоэпидемического обеспечения войск, особенно наступательных операций армии на фронтах. Так, например, когда наши войска готовились к наступлению с целью освобождения Белоруссии, мы уже имели солидный опыт лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск. Однако этот опыт не у всех фронтов был, в частности, его не было у фронтов, которые не вели больших наступательных операций. Я имею в виду Калининский или Первый Прибалтийский, Второй Белорусский фронт. Там не принимали мер, чтобы заблаговременно создать резервы коечной сети в районах расположения действующих войск, освободить заблаговременно коечную сеть фронтового района, свернуть часть коек, часть продвинуть вперед, а часть держать в резерве.

Такие ошибки влекут за собою излишние жертвы среди раненых, и таких ошибок было много.

Что касается руководства управления медицинской службы, то это

процесс наиболее сложный и здесь как раз было больше всего ошибок, основанных, безусловно, на незнании и на нежелании знать боевую обстановку.

В военно-полевой хирургии время играет ведущую роль в нашем успехе, а мы это время слишком мало ценим. Опоздай на час с оказанием скорой хирургической помощи раненому, и мы может потерять больного, и очень часто дело уже не поправить.

В управлении медицинской службы, повторяю, ошибок и дефектов, мимо которых нельзя проходить, было много. Возникает вопрос: почему имели место эти ошибки? Может быть, люди не желали работать или неспособны были воспринимать науку? Ничего подобного. Дело в другом. Вернемся к довоенным годам и посмотрим состояние военной медицины и методов подготовки офицерских кадров и запаса.

Учитывая обилие допущенных нами ошибок, приходится сделать вывод, что наши руководящие кадры имели серьезные пробелы в подготовке как по вопросам лечебной медицины, так и по вопросам истории военной медицины, а также организации и тактики медицинской службы.

Наши рядовые врачи, имея серьезные недостатки в подготовке по основным ведущим медицинским дисциплинам, почти не были знакомы с особенностями возникновения и течения огнестрельных ран, их осложнениями, а также соматическими заболеваниями. Состав врачей у нас был слишком молодой. Достаточно сказать, что на 1 января 1943 г. врачей со стажем в 5 лет было только 53%.

И это не случайные данные. Нужно быть и впредь готовыми к этому. Как бы мы ни стремились увеличить количество врачей в стране, в военное время нам придется прибегать к ускоренным выпускам и получать в армию мало опытную и порой даже плохо подготовленную молодежь.

Должен подчеркнуть еще одно обстоятельство, которое не все понимают. Во время войны никогда ни в одной стране не будет хватать хирургов. Это надо запомнить раз и навсегда. Какая страна в состоянии иметь в мирное время столько хирургов, сколько их требуется для большой войны? Мирная жизнь диктует совсем иное соотношение. Меньше хирургов — больше терапевтов, эпидемиологов, детских врачей. Всякие попытки подготовить хирургов из эпидемиологов или из детских врачей будут попытками с плохими средствами; никогда не выйдет хирурга из не хирурга, если он не работает по этой специальности в мирное время.

Это я говорю для того, чтобы подчеркнуть роль и значение руководящих кадров во время войны. Кадры, особенно рядовых врачей, всегда во всех войнах придется учить очень часто элементарным познаниям в области военной медицины. И преимущество будет у той стороны и той армии, которая сумеет подготовить руководящий кадровый состав, способный обучить, и очень быстро, основную массу врачей.

Мы мало обращали внимания на изучение истории военной медицины. Я специально занимался одним вопросом: взял за 5 лет «Военно-санитарное дело» за 1936, 1937, 1938, 1939 и 1940 гг. и просмотрел, какие там были статьи за этот период.

Статьи, и неплохие, блестящие даже, правда, общего характера, посвященные истории военных действий там были. Но в подготовке офицера военно-медицинской службы эти статьи совершенно не нашли отражения. В объеме военно-медицинской подготовки, даже в Военно-медицинской академии, говорилось только о войсковых районах, полках, дивизиях и не было ни одной лекции исторического порядка. Учение Пирогова о войне нигде, никогда никому не преподавалось, наоборот, искажалось, подвергалось негодной ревизии, нашедшей, к сожалению, отклик в умах военных хирургов, у военных врачей и даже у некото-

рых руководителей. Всем памятно определение покойного Оппеля, прекрасного, блестящего хирурга и, я бы даже сказал, знатока военной медицины, но не понявшего основ учения Пирогова. Достаточно напомнить эту переходившую из уст в уста среди хирургов красивую фразу Оппеля, вошедшую во все учебники по военно-полевой хирургии, чтобы убедиться, что действительно ревизия учения Пирогова была сделана. Вот эта фраза, которую в довоенный период положили, к несчастью, в основу этапного лечения: «Раненый получает такое хирургическое пособие, тогда и там (как красиво! — Е. С.), где и когда в каком пособии обнаружена надобность...». Дальше: «Раненый эвакуируется на такое расстояние от линии огня, какое наиболее выгодно для его здоровья...».

Все это было направлено против учения Пирогова. Оппель возражал против основного кардинального пункта учения Пирогова о военной медицине, гласившего, что главную роль в успешном лечении раны на войне играет не медицина, а администрация. Против этого выступил Оппель и дал блестящее определение, но только для клиники, для амбулатории, для заводской и городской поликлиники, но не для войны. Повторяю, не для войны.

«Тогда и там», «где и когда»? Нет, это зависит не от нас с вами. С очень ли большим успехом перевозили мы раненых из Севастополя? Из Ленинграда? Посадить бы раненых в автомобиль, перевезти по асфальтированной дороге, чего лучше? А приходилось 30—40 км вести по кругляку и не на прекрасном автомобиле, а на хозяйственной повозке или на полутонной машине колхозного образца и по бездорожью. С большим бы успехом наложить гипс раненному в бедро с переломом кости прямо в МСБ, чего лучше? Но нельзя, обстановка не позволяет.

И такая безответственная фраза Оппеля ходила и имела успех только потому, что была «красивой», что не знали или забыли учение Пирогова.

Следовательно, история, относящаяся к лечебной эвакуации и противоэпидемическому обеспечению боевых действий русской армии в прошлых войнах, не изучалась. Отдельные статьи были, но они посвящались общим вопросам: о количестве раненых за русско-японскую войну, за первую мировую войну, о количестве коек, о соотношении между койкой и численным составом армии. Были также в порядке обсуждения статьи по вопросам сортировки, статьи, посвященные обозрению иностранных трудов и отчетов немецкой, американской и английской армий. Все это было, верно. Но в программах академии эти вопросы не находили отражения. Опыт прошлого не был положен в основу подготовки к войне медицинской службы, не были использованы даже те маленькие данные, которые проскальзывали в военно-санитарную печать.

Возьмите первичный шов, первичную обработку раны. В 1936 г. в статье, посвященной военно-полевой хирургии, об этом писал Бурденко. Он писал о том, что по современным установкам первичная обработка раны должна происходить как можно ближе, но первичного шва не должно быть, что весь опыт Западного фронта, т. е. французской армии, говорит в пользу этого утверждения. Франц писал о том, что при первичной обработке нижних конечностей класть шов нецелесообразно.

А что у нас делали? Вышли на войну и шили, шили, шили. Потребовалось давать приказ, директиву, запрещающую первичный шов. Лечить по приказу очень трудно. Я бы хотел спросить любого терапевта, любого хирурга — легко ли лечить по приказу, не будучи убежденным в том, что ты делаешь? Я видел много людей. Сам объезжал раненых,

беседовал с людьми, которые обладают опытом работы, исчисляемым десятками лет. Когда начинаешь беседовать, говорят — все хорошо, все в порядке. «Как шов первичный?» — «Приказ выполняю». «А сами убеждены?» — «Нет. Я сам 20 лет работаю и всегда шил и имел прекрасные результаты».

Это, конечно, правильно, но для мирной практики. Иное дело на войне.

Второй пример: французы в большом проценте накладывали вторичный или первично отсроченный шов. Об этом было написано черным по белому, а что у нас получилось? На втором году войны пришлось об этом говорить, просить, уговаривать, упрашивать.

Отсюда вывод: если у нас и были работы отдельных людей, статьи, посвященные насущным вопросам военной медицины, — они оставались гласом вопиющего в пустыне, и в то же время на страницах нашего журнала «Военно-санитарное дело» видишь статьи, восхваляющие западную военную медицину. И в то же время классические работы наших соотечественников широким массам не были известны.

Я уж не говорю о том, что у нас нигде, в том числе и в Военно-медицинской академии, не изучали особенностей возникновения и течения заболеваний на войне. Такого предмета не знал никто и никто им не интересовался.

Впервые во время войны 1941—1945 гг. было обнаружено, что мы не знаем свежих случаев, когда говорим о патологических процессах, даже при газовой гангрене. Патологическая анатомия стояла в стороне от решения важнейших проблем военно-медицинского характера.

Штатно-организационная структура медицинской службы на военное время не соответствовала ни состоянию медицинской науки, ни характеру современных войн.

Вспомните наши МСБ, их состав, вспомните наши ГПЭП, обслуживавшие корпуса, вспомните так называемую специализацию коечной сети, впервые, и то в искаженном виде, спущенную в 1938 г., уже после того, как вышли два издания Франца и все отчеты — немецкой, французской, английской, американской армий, где было четко сказано о необходимости специализации коечной сети. А у нас в 1938 г. спустили директиву, в которой предусматривалось 50% коек для терапевтических больных!

Специализацию коечной сети предполагалось провести без всяких указаний, где она должна быть, в каком соотношении между отдельными специальностями. Ни одного слова!

И, наконец, самое тяжелое, самое важное — это то, что штатно-организационная структура медицинской службы мирного времени не обеспечивала подготовку руководящих кадров на военное время.

Пришлось учиться во время войны — учиться самим и учить громадную массу врачей, призванных из запаса. Учиться большой ценой, ценой, которую трудно даже определить.

Посмотрите структуру медицинской службы мирного времени. Возьмите хотя бы состав и количество лечебных и диагностических отделений в гарнизонах, в гарнизонных и окружных госпиталях довоенного периода. Какие у нас фактически были отделения? Хирургические, терапевтические, кожно-венерические, начиная с 200—150 коек. Такие отделения, как туберкулезные, инфекционные, психиатрические, эпидемиологические, были только в больших крупных гарнизонных и окружных госпиталях. Были госпитали, которым не положена рентгеновская аппаратура. А соотношение между койками и врачами было настолько мизерно, что думать о работе научного порядка не приходило даже в голову.

Поэтому мы имели таких начальников отделений больших гарнизонных госпиталей, ведущих окружных отделений, которые не могли занять место руководящего состава в военное время.

И, наконец, самое уязвимое место было в методике подготовки офицеров медицинской службы Советской Армии. Фактически мы учили только по специальностям и по СХЗ. Учили структуре частей, соединений людей и учили, конечно, ошибочной тактике. Вот где кроется корень наших ошибок.

Что нужно было сделать, чтобы не повторить этих ошибок? Чтобы не было возврата к тому довоенному периоду? Для этого многое сделано, многое делается, но нужно еще и многое сделать. Что сделано?

Создан Музей военной медицины, который через 2—3 года явится самым великим музеем в мире, самым выдающимся памятником периода Великой отечественной войны. В нем отражены и наши успехи, и наши ошибки. Музей — научно-исследовательское учреждение, число работающих в котором исчисляется десятками и сотнями.

Имея решение правительства, Совета министров об обобщении опыта войны в области военной медицины, мы, безусловно, поможем правильно воспитывать не только руководящие кадры военной медицины, но и вести надлежащим образом подготовку студентов, будущих врачей, с учетом требований войны.

Мы реорганизовали Военно-медицинскую академию, сделали из нее воистину центр, где должны коваться руководящие кадры.

Мы убедились, что наша беда заключалась не в том, что у нас рядовые врачи были слабо подготовлены, а в том, что руководящий состав был плохо подготовлен. Мы убедились в том, что нельзя рассчитывать на успех, если мы думаем назначать начсанармов из лиц, не окончивших Военную академию врачей.

Два года назад мы приступили к составлению Энциклопедического словаря военной медицины в 5 томах. Впервые военно-медицинские работники получат книгу, которая будет воистину настольной книгой, настольным документом, в котором будут освещены проблемы и история лечебно-эвакуационного и противоэпидемического управления. Во время войны соответствующие органы занимались изучением наследия прошлого, и это поможет нам правильно обучать, воспитывать не только молодежь, но и старых врачей. Требуется знать историю нашего народа и историю медицинской службы.

Штатно-организационную структуру мирного времени мы строили так, чтобы обеспечить на мирное время если не на 100, то около 100%— потребность в руководящих кадрах. Поэтому структура лечебных учреждений, противоэпидемических учреждений резко изменилась, резко увеличилась.

Нам сейчас лестно сравнить, как обстоит у нас дело в этой области. Соотношение врачебного состава к койкам во много раз увеличено. Соотношение сестер к больным также во много раз увеличено.

Количество специалистов в госпиталях мы увеличили и разнообразили. Мы взяли на себя функции лечения семей, что нужно всячески развивать и поддерживать. Вы понимаете, что нельзя учить хирурга на одних аппендицитах и грыжах.

Противоэпидемические учреждения резко усилены. После войны оставили специалистов в армии и будем за это драться. Мы будем делать все необходимое, чтобы дать им возможность совмещать работу в армии с работой в гражданских органах здравоохранения.

Наконец, мы должны договориться, где, кого и чему учить. Просматривая выступления руководителей медицинской службы довоенного периода, я нигде не нашел ни одного намека на то, что нужно учить врачей на практической работе.

Надо создать такие условия работы для войскового врача, которые бы воистину повседневно помогали ему расти. Для этой цели нужно всячески внедрять элементы лечебной медицины в работу войскового врача в войсковых частях. Для этого в бригадах, в округах мы организуем лазареты с коечной сетью, которая позволит оснастить их в известной мере рентгеновской и терапевтической аппаратурой и клиническими лабораториями. Если мы будем и дальше увлекаться подготовкой врачей в госпиталях и на курсах усовершенствования, в академиях, мы не сделаем того, что можно сделать. Если к этому прибавить подготовку на КУМС и практическую работу, то можно дать гарантию, что будем иметь культурных, грамотных врачей. Нам эта грамотность крайне необходима, потому что мы имеем состав молодой — раз и слабую подготовку — два.

Вот несколько примеров историй болезни. Боец, 1906 г. рождения, 40 лет. Клинический диагноз: алиментарная дистрофия; патологоанатомический диагноз: резкая малярийная интоксикация и туберкулез лимфатических желез.

Волгин, 1919 г. рождения. Клинический диагноз: брюшной тиф; патологоанатомический диагноз: кахексия в резко выраженной степени, эмфизема правого легкого и паранефрит. Смерть наступила от паралича сердца.

Барышников, 1922 г. рождения. Клинический диагноз: брюшной тиф; патологоанатомический: бронхопневмония и энтерит.

Из сказанного ясно, что нужно учить людей не только в гарнизонных или окружных госпиталях, не только и не столько на КУМС, сколько на практической работе путем создания условий, позволяющих ежедневно поднимать рост знаний наших врачей. Без этого рассчитывать на успех вообще нельзя.

Чтобы успешно учить людей основам военной медицины, нужно как можно скорее закончить разработку исторических материалов, исторических документов, посвященных военной медицине в прошлых войнах, и особенно поднять архивы Великой отечественной войны.

Нашему отделению боевой подготовки, нашему составу аппарата кадров надо сейчас впервые подумать о том, чтобы, помимо программ подготовки медицинского состава, разработать методику лечебно-эвакуационного и противоэпидемического обеспечения наступательных и оборонительных операций боевых полков и дивизий и спустить эти методические указания на низы — туда, где должны прорабатываться материалы Великой отечественной войны.

Это главное, и с этого надо начинать. К этой разработке надо привлечь научно-исследовательский отдел лечебного обеспечения нашего музея, дать ему задание наметить, какие операции следует обработать в первую очередь, и спустить на места. С этого надо начинать. Отделение боевой подготовки должно в основу своей работы положить именно это, а не что-нибудь другое.

Нам нужны комплексные задачи, в которых была бы более или менее реально нарисована боевая обстановка со всеми ее элементами. Исходя из учения о современном бое, на этом фоне должна быть проработана методика лечебно-эвакуационного обеспечения, на основе достижений современной науки, примененных в условиях полевой медицинской службы. Должен быть использован материал применительно к определенному театру военных действий, с учетом всех его особенностей и санитарно-эпидемиологическим описанием театра военных действий. Противоэпидемическому управлению надо об этом подумать, дать руководящий материал по этому вопросу в округа и, в частности, КУМС и даже в академию.

Беда еще и в том, что у нас нет вкуса к научно-исследовательской

работе. Безразличие, нелюбовь к науке в медицинской службе пустили глубокие корни, и это надо искоренять.

Роль начальников курсов слишком велика, чтобы можно было сидеть пассивно и ждать, придут на курсы или не придут. Надо помнить, что штатные возможности вряд ли позволят отрывать работников на КУМС. А учебу нужно организовать. Необходимо проявить максимальную активность в области подготовки как специальной, так и особенно по истории и организации тактики медицинской службы. Каким путем это делать? Рецепт дать трудно. Но мне думается — гарнизонная система, а там, где этого нельзя, может быть, даже окружная система, будет признана целесообразной. Но одно важно запомнить: то, как до сих пор преподавали, не должно повториться.

В моей статье (Военно-медицинский журнал, № 7—8, 1945) изложены проблемы, взятые из самой жизни. Высказанные там соображения слишком важны, чтобы можно было, прочитав их, забыть, как это делалось до сих пор. Шаблон, повторяю, враг военной медицины, как и любой науки. Никакого абстрагированного расчета быть не может. Прежде чем слушатель назовет цифру потерь, он должен за сутки по крайней мере изучить вопрос. А что у нас бывает на деле? Наступательный бой полка? Ага! Ну, давайте скажем, 10% потерь и все, т. е. берется только то, что является стержнем. А попробуйте узнать, какие будут потери на войне, фактические потери. Вы думаете, это легко? Совсем не легко. Слишком много нужно знать, чтобы правильно назвать цифру. И для этого надо действительно работать, надо заниматься изучением обстановки. Нет, никто об этом никогда не думал. Так, скажут пару слов: при обороне — одно, при наступлении — другое. Запомните — наступления вообще нет, а есть наступательные операции, каждая из которых имеет свои особенности, по-своему определяющие размеры потерь.

Сказанное в одинаковой степени относится и к потерям больными. Боже упаси — шаблон! Какие-то трафаретные цифры! Все это настолько вредно, что вам, товарищи начальники, пора это понять и надо, как огня, как чорт ладана, бояться трафаретов, бояться средних цифр.

Позвольте мне на этом закончить. Мы не отказываемся от того, что было раньше, т. е. готовить врачей по специальности. Это положение остается в силе, это крайне необходимо, этим должны заниматься люди как на практической работе, так и при командировании в госпитали, и на курсах. Специальность нужна, но она не решает проблем.

Необходимо понять, что задачи военно-медицинской подготовки диктуют другое: готовить надо с учетом пяти основных положений, охарактеризованных мной выше. Надо сейчас же, с места в карьер, дать исходные материалы для того, чтобы приступить начсандивам и начсанбригам к проработке проблем военной медицины.

Если мы условимся так планировать боевую подготовку, можно будет при наличии нашей штатно-организационной структуры, наших желаний и твердых стремлений кое-что дополнить к штатной структуре военного времени; при наличии военного факультета в Военно-медицинской академии, нашего музея и большого коллектива, созданного по обобщению опыта войны, при наличии всего этого мы сможем не допустить ошибок, имевших место перед Великой отечественной войной.

Эффективность нашей работы повысится во многом, и тогда, безусловно, поверьте мне, мы сможем воистину в самых тяжелых условиях боевой обстановки вернуть в строй больше 75% пораженных в боях.

★

Майор мед. службы В. И. ВАРЛАМОВ

ПОЯСНИЧНЫЙ СИМПТОМ ПРИ АППЕНДИЦИТЕ

Нет нужды снова перечислять и толковать симптомы, уже предложенные для установления диагноза воспаления червеобразного отростка. Таких симптомов много, и они подробно изложены в больших работах Ростовцева, Барадулина и др.

Несмотря на это, A. Rendle Short в 1926 г. должен был сказать: «...у нас нет до сих пор надежных признаков для распознавания аппендицита. Различные признаки, на которые обычно ссылаются, оказываются мало пригодными в затруднительных случаях».

Таким образом, поиски новых симптомов, позволяющих точнее дифференцировать этот вид патологии от других патологических процессов в брюшной полости, нельзя считать законченными.

В нашем госпитале при исследовании больных, у которых подозревается аппендицит, для исключения заболеваний мочевыделительной системы всегда руководствовались симптомом Пастернацкого.

Мы подметили, что поколачивание в области XII ребра сзади часто вызывает болезненность в месте расположения червеобразного отростка. В этих случаях на операционном столе были обнаружены более или менее значительно выраженные изменения в отростке. При хронических или нерезко выраженных катарральных аппендицитах боль возникала только при поколачивании по XII ребру справа. У тех же больных, у которых поколачивание и с левой стороны вызывало локализованную боль в правой подвздошной области, изменения в отростке, находимые на операционном столе, оказывались резко выраженными.

Признак проявляется четко и дает основания для заключения в ряде таких случаев, когда другие симптомы еще не появились или при нарастании общих явлений начинали исчезать. Мы его назвали «поясничным симптомом» при аппендиците.

Механизм образования симптома, видимо, следующий: поколачиванием в области XII ребра сзади производятся колебания прикрепляющихся к ребрам мышц спины, главным образом m. latissimus dorsi c. f. lumbo-dorsalis. Эти колебания передаются на заднюю стенку брюшины и на слепую кишку с отростком, и больной ощущает боль в месте воспалительного фокуса. При хронических аппендицитах колебания должны быть выражены более сильно, а поэтому болевой эффект возникает только при поколачивании справа. При остром же воспалительном процессе в отростке боль возникает при меньших колебаниях и ощущается на месте расположения отростка при поколачивании не только справа, но и слева. Болевой эффект происходит именно при данном заболевании, видимо, потому, что отросток достаточно связан с задней стенкой брюшной полости посредством слепой кишки и в то же время, имея брыжейку, может быть приведен в колебательные движения.

Техника определения симптома такова. Больной находится в сидячем, несколько согнутом, положении. Исследующий кладет ладонь левой руки на область XII ребра по задней подмышечной линии, а правой производит легкие короткие удары по тылу левой кисти. Одновременно больному задается вопрос, чувствует ли он боль в момент ударов и если

да, то где. При указании исследуемого на боль в правой подвздошной области симптом следует считать положительным. Боль на месте удара указывает, что «поясничного симптома» на аппендицит нет, а симптом Пастернацкого положителен.

Для изучения этого признака мы специально исследовали 100 больных. Нас интересовало, в каком проценте случаев положительный «поясничный симптом» подтверждает изменения в отростке, находимые на операционном столе. Для этого было исследовано 50 больных, подвергнутых операции. Оказалось, что «поясничный симптом» среди больных этой группы был отрицательным в 3 случаях при наличии других характерных симптомов. У этих больных на операционном столе каких-либо изменений со стороны отростка найти не удалось, а в послеоперационном периоде болевые ощущения повторились и при дальнейшем исследовании оказались результатом патологических изменений в мочевыделительной системе.

Необходимо было также определить, не бывает ли «поясничный симптом» положительным у больных, не страдающих изменениями в червеобразном отростке, а имеющих другие заболевания брюшной полости. С этой целью исследовано 30 больных дизентерией, 10 больных с язвой желудка и 10 больных с заболеваниями почек и мочеточников. Во всех этих случаях «поясничный симптом» оказался отрицательным.

Приводим краткие выдержки из историй болезни 2 больных, у которых «поясничный симптом» преобладал. Подобные случаи наблюдались неоднократно.

Случай 1. Больной Ш. М. 12.V.1946 г. доставлен в госпиталь с картиной кишечной непроходимости. Симптомы Бломберга, Ровзинга, Ситковского и Пастернацкого отсутствуют. Нелокализованная болезненность по всему животу. Пульс 60 ударов в минуту, температура 36°, лейкоцитов 5 200. «Поясничный симптом» при поколачивании положителен с обеих сторон.

Ввиду отсутствия других симптомов, указывающих на аппендицит, «поясничный симптом» не приняли во внимание и больного оперировали путем вскрытия брюшной полости широким срединным разрезом (предвидя кишечную непроходимость).

На операционном столе вопреки ожиданию найдена эмпиема червеобразного отростка.

Случай 2. Больной Х. В., 23.V.1946 г. поступил в госпиталь по поводу дизентерии. Живот мягкий, боли в области сигмы. Стул до 12 раз в сутки со слизью. Нерезко положительный симптом Бломберга. При пальпации нелокализованная болезненность внизу живота одинаковой интенсивности как с правой, так и с левой стороны. Симптомы Ровзинга, Ситковского и Пастернацкого отрицательны.

«Поясничный симптом» положителен с обеих сторон.

Больного решили оперировать путем вскрытия брюшной полости по способу Ленандера.

На операционном столе найдена эмпиема червеобразного отростка.

Таким образом, «поясничный симптом» не только был положительным во всех случаях аппендицита, когда наблюдались и другие симптомы, но оказался пригодным и в затруднительных случаях, когда другие признаки были недостаточными или отсутствовали вовсе.

Произведено также исследование больных для выяснения, насколько долго этот симптом остается после аппендэктомии. Установлено, что из 30 человек у 7 он исчез через 11 дней после операции, у 22 — через 15 и у 2 через 25.

Выводы

1. «Поясничный симптом» указывает на наличие воспалительного процесса в червеобразном отростке и служит основанием к оперативному вмешательству.

2. Правосторонний «поясничный симптом» обнаруживается при хроническом или подостром воспалении в отростке, двусторонний — при

остром аппендиците и диктует необходимость экстренного оперативного вмешательства, за исключением случаев, сопровождающихся образованием инфильтрата.

3. Симптом особенно ценен тем, что вызывает отраженный болевой эффект.

★

П. Г. ПОДЗОЛКОВ

МАТЕРИАЛЫ К ВОПРОСУ О РАКЕ ЖЕЛУДКА В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

В 1945 г. мы наблюдали 2 случая рака желудка у мужчин в возрасте 19 лет и 21 года. Рак желудка в юношеском и даже детском возрасте не представляет исключительной редкости. В литературе таких случаев описано немало. Давыдовский в своем руководстве приводит статистические данные по Москве, касающиеся частоты рака желудка по возрастам. Из этих данных видно, что в возрасте 20—29 лет на 10 000 мужчин приходится 67 случаев рака. Однако в связи с клинико-анатомическим своеобразием исследованных нами больных и быстрым темпом нарастания процесса мы нашли нужным описать наши случаи.

1. Больной К., 21 года, поступил в госпиталь 2.VII.1945 г. с жалобами на отеки нижних конечностей, резкое увеличение живота, боли в пояснице, одышку и общую слабость. Заболевание проявилось за полтора месяца до поступления в госпиталь. В анамнезе у больного в возрасте 15 лет отмечались: одышка, отеки нижних конечностей, боли в области сердца. Указанные явления через год прошли и больше не повторялись.

В стационаре при исследовании установлено тяжелое общее состояние, бледность покровов, отечность нижних конечностей; сердце несколько расширено в поперечнике, систолический шум, живот увеличен за счет наличия свободной жидкости в брюшной полости. Анализ мочи и исследование крови не дали явных отклонений от нормы. Состояние больного оставалось тяжелым, нарастала одышка, увеличивался живот. На 8-й день пребывания больного в госпитале была сделана пункция брюшной полости, выпущено до 10 л прозрачной жидкости цвета пива, после этого удалось прощупать увеличенные брыжеечные железы. Асцит у больного опять быстро нарастал, усиливалась одышка. Через 8 дней (18.VII) была сделана повторная пункция брюшной полости, выпущено 7 л жидкости. Удалось пальпировать плотную опухоль, неподвижную, малоболезненную.

Больному произвели пробную лапаротомию, при которой обнаружен сплошной конгломерат петель кишок, спаянных друг с другом, с укорочением и резким утолщением брыжейки. На париетальной и висцеральной брюшине множество просовидных узелков. Указанные изменения заставили думать о туберкулезном перитоните. 23.VIII.1945 г. при явлениях резкого общего истощения больной умер.

На вскрытии обнаружено резкое истощение, сухость кожи, атрофия внутренних органов. В брюшной полости имелось около 10 л прозрачной жидкости желтоватого цвета. Петли кишок спаяны в конгломерат фиброзными неразделяемыми спайками. Сальник укорочен, утолщен, спаян с кишечником. Висцеральная и париетальная брюшина усеяна множественными мелкими узелками величиной с чечевичное зерно с вдавлением в центре. В пилорической области желудка была обнаружена опухоль плотной консистенции с валикообразными краями и неглубким дефектом ткани в центре размерами 2 × 1,5 см. Брыжейка тонких кишок укорочена, резко уплотнена, местами хрящевой консистенции.

При микроскопическом исследовании желудка обнаружена структура мелкоклеточного солидного рака, прорастающего узкими тяжами мышечную стенку желудка и простирающегося на серозный покров по лимфатическим путям, периневральным и периваскулярным пространствам. Раковые тяжи представлены мелкими клетками, содержащими сравнительно крупные темные ядра округлой формы, занимающие иногда всю клетку, так как протоплазма ее не видна. В других же клетках намечался узенький ободок протоплазмы и лишь единичные клетки имели выраженную светлую протоплазму. Раковые тяжи пронизаны большим количеством молодой, вновь образованной, стромы, представленной лимфоидными элементами и вытянутыми клетками. При исследовании слизистой желудка на границе здоровой ткани наблюдалось канкрозное превращение нормальной слизистой. Железистая структура исчезла, железы превращались в солидные узкие тяжи, выполненные округленными клетками с узким ободком светлой протоплазмы и темными ядрами.

В этих местах с трудом улавливалась органоидная структура слизистой оболочки и раковые клетки не везде легко было отличить от лимфоидных клеток стромы. Что касается тяжей, прораставших стенку желудка, то первое беглое обозрение препарата создавало впечатление наличия здесь гранулирующего воспаления и лишь более внимательное исследование позволило отдиференцировать раковые клетки.

2. Больной М., 19 лет, поступил в госпиталь 13.X.1945 г. с жалобами на боли в эпигастральной области, особенно после принятия пищи, отрыжку воздухом, вздутие живота и чувство давления. Заболевание проявилось за 2½ месяца до поступления в стационар. После обследования в госпитале и на основании анализа желудочного сока, произведенного 27.X.1945 г. (общая кислотность 8, свободная соляная кислота 0, слизь +), был поставлен диагноз «ахилический гастрит». 26.XI больной был выписан, однако в дальнейшем боли усилились, появилась рвота и 18.XII.1945 г. он был госпитализирован повторно.

Объективно: состояние удовлетворительное, покровы бледные, сердце, легкие без отклонений от нормы.

С конца декабря 1945 г. стала определяться свободная жидкость в брюшной полости, количество которой постепенно нарастало. Возраст больного, наследственность (мать умерла от туберкулеза), а также перенесенное больным ранее воспаление легких, наличие свободной жидкости в брюшной полости, периодическое незначительное повышение температуры привели к мысли о наличии туберкулезного перитонита. В середине января была произведена пункция брюшной полости, выпущено до 7 л жидкости. Появилась возможность пальпировать органы брюшной полости; при этом обнаружена увеличенная бугристая печень, плотная, выходящая на 8 см из-под края реберной дуги. Над пупком определялось несколько плотных узлов разных размеров. Анализ желудочного сока: общая кислотность 40, свободная соляная кислота 10, слизь +.

В рвотных массах и кале определялась кровь. Эти данные заставили отказаться от начального диагноза, и больной стал трактоваться как раковый с первичной локализацией опухоли в желудке. Состояние заметно ухудшалось, нарастала кахексия. Дней за 10 до смерти появилась кровавая рвота с запахом. 27.II.1946 г. больной умер.

На вскрытии обнаружено резкое общее истощение. В брюшной полости около 4 л кровянистой жидкости. Сальник утолщен, уплотнен, с множественными различной величины белесоватыми узлами. Желудок формы песочных часов, по малой кривизне, ближе к пилорической области, стенка желудка диффузно уплотнена, белесоватого вида, утолщена. Со стороны слизистой этой области определяется поверхностное изъязвление. На остальном протяжении слизистая шагреневого вида. Серозный покров желудка бугрист. Лимфатические железы малой кривизны и в области поджелудочной железы увеличены, плотны, белесоватого вида. Вся брюшная стенка, поверхность диафрагмы и серозный покров кишечника усеяны узелками величиной от просяного зерна до лесного ореха. В левой доле печени имелось несколько узлов такого же характера. Диафрагма проращена, спаяна с легким, в нижней доле которого имеются такие же узелки.

При гистологическом исследовании желудка обнаружено строение слизистого рака, имеющего местами железистый вид, местами же носящего характер солидного рака. Раковые железистые ячейки выстланы огромными светлыми клетками с базально расположенными крупными, гиперхромными ядрами. Во многих ячейках не видно железистого просвета, они сплошь заполнены крупными округленными клетками с очень светлой протоплазмой и чрезвычайно крупными, расплывчатой формы, гиперхромными ядрами, лежащими то в центре клетки, то эксцентрично. Большое количество митозов. Между раковыми ячейками имеется довольно выраженная молодая строма, представленная вытянутыми клетками типа фибробластов с сочными ядрами, а также со значительным количеством круглых клеток, образующих в некоторых местах сплошной круглоклеточный инфильтрат. Кое-где видны нежные коллагеновые волоконца. Все слои желудка проращены, рост опухоли идет также по периневральным пространствам и кровеносным сосудам, давая в просвете некоторых сосудов сплошную массу раковых клеток. По периферии основного узла в желудке имеется канкрозное превращение слизистой, однако структура ее сохранена. Такой же характер имеют метастазы, но строма у них менее выражена и мелкоклеточный инфильтрат отсутствует.

Оба случая представляют интерес в смысле своеобразия клинического течения и в отношении морфологических особенностей опухоли. Прежде всего обращает внимание быстрое нарастание заболевания. В первом случае с момента явных клинических проявлений до смерти прошло около 3 месяцев. Во втором случае заболевание длилось 6½ месяцев. Имелось огромное скопление жидкости в брюшной полости. После того как жидкость была выпущена, за 8 дней снова накопилось около 7 л ее. Давыдовский указывает, что клинико-анатомически рак желудка у молодых субъектов часто протекает атипически—в смы-

сле более бурного темпа развития опухоли, обильного метастазирования, своеобразия гистологической картины. По наблюдению Петрова тяжесть заболевания желудка обратно пропорциональна возрасту самого заболевшего. Следует отметить, что такая закономерность наблюдается и при других заболеваниях, свойственных сенильному и пресенильному возрасту, если это заболевание «омолаживается», например: грудная жаба, гипертоническая болезнь и др. Морфологически опухоль в первом случае можно было охарактеризовать как гранулирующий рак.

Как сказано выше, клетки рака были деформированы, дискомплексированы, приняли лимфоидный вид и настолько утратили морфологические черты эпителия, что их трудно было отличить от разрастающейся молодой стромы. Существует мнение о переходе здесь эпителиальных элементов в соединительнотканные, т. е. что эпителий рака продуцирует строму (Корицкий).

Подобные раки, приводящие к диффузному уплотнению желудка и отличающиеся гистологически тем, что эпителий принимает лимфоидный или веретенообразный вид и с трудом различается на фоне пышно разросшейся стромы, можно охарактеризовать как linitis plastica. Давыдовский указывает на существующее мнение, что такие гранулирующие раки возникают в тех случаях, когда рост рака идет в кислой среде, т. е. когда раковые клетки продолжают выделять соляную кислоту, что как бы тормозит их рост, усиливая одновременно грануломатозные процессы.

К сожалению, в первом случае анализ желудочного сока не был сделан, так как рака не предполагали. Во втором случае морфологическое своеобразие заключалось в том, что раковые ячейки были представлены чрезвычайно крупными светлыми клетками, которые, слущиваясь в просвет желез, приобретали вид больших, светлых, плоских клеток. Подобные картины не наблюдаются при обычном слизистом раке. По сравнению с первым случаем эпителий здесь более диференцирован и продолжает функцию накопления слизи.

★

Подполковник мед. службы З. Л. СТЫЧИНСКИЙ

НОВЫЙ МЕТОД ОЖИВЛЕНИЯ УТОПАЮЩЕГО

А. В. Рождественский предложил интересный метод оказания первой помощи утопающим в случае остановки у них дыхания, который он с успехом применял на водных спасательных постах. Метод Рождественского мы применяли во время Великой отечественной войны в боевых условиях, на переправах через водные преграды и в других случаях. Он и сейчас удобен во время маневров и полковых учений, а также в сельских местностях, где имеются пруды, озера, речки, в которых купается население и стирают белье, т. е. там, где возможны случаи утопления.

В основном этот метод заключается в следующем. Пострадавшего укладывают на носилки лицом вниз и закрепляют в двух точках (кисти вытянутых рук и ниже ягодиц). Носилки устанавливают в виде качалки на какую-либо опорную перекладину посредине.

Искусственное дыхание следует начинать при положении пострадавшего головой вниз При этом диафрагма сама вдавливается в грудную полость и возникает выдох, который необходимо усиливать, сдавливая нижнюю часть грудной клетки для того, чтобы способствовать удалению воды из дыхательных путей пострадавшего. Делается это по счету: раз, два три, четыре.

Затем по счету: пять, шесть, семь, восемь — переводят пострадавшего в положение ногами вниз. Это легко достигается с помощью им-

провизированной качалки, которую представляют наши носилки. В этом положении ногами вниз диафрагма опускается и происходит вдох[1]. Для усиления вдоха рекомендуется применить полотенце, пропущенное под спиной пострадавшего (ниже шеи, затем подмышками и дальше обходя плечевые суставы). Концы полотенца связаны и в этот момент должны подтягиваться шнуром кверху с помощью любого несложного блока, устроенного над передней частью туловища пострадавшего.

Для удобства в полотнище носилок, впереди носа и рта лежащего, нужно сделать отверстие для свободного доступа воздуха, а также для удаления остатков воды и пищи при сдавливании нижней части грудной клетки (при выдохе). Это отверстие в носилках используется также при подаче кислорода, который качественно компенсирует недостаточную подачу воздуха при искусственном имитировании вдоха.

Метод Рождественского представляет собой комплекс мероприятий, обеспечивающих удаление воды, прошедшей в желудок, в носоглотку, в верхние дыхательные пути, а также непрерывность и продолжительность искусственного дыхания. Следовательно, вся операция оживления утонувшего осуществляется без риска повторно закупорить дыхательные пути.

При других способах применения искусственного дыхания совсем не гарантируется быстрота и непрерывность процедуры. Значит при таких способах могут быть остановки в работе спасателей, что неизменно влечет повторную закупорку верхних дыхательных путей пострадавшего.

Метод Рождественского получил положительную оценку применявших его врачей на Волховском фронте.

[1] Число двойных поворотов носилок не должно превышать 10 в минуту, а угол наклона — 40—50°.

Полковник мед. службы А. С. ГЕОРГИЕВСКИЙ

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАРТИЗАНСКОЙ ВОЙНЫ В ЮГОСЛАВИИ [1]

Героическая борьба свободолюбивого югославского народа с итало-немецкими фашистскими оккупантами протекала в исключительно тяжелых условиях. В процессе этой борьбы под руководством коммунистической партии выросла и сформировалась Народно-освободительная армия Югославии. Вместе с армией развивалась и крепла ее молодая медицинская служба, осуществлявшая медицинское обеспечение в своеобразных и сложных условиях партизанской войны. Характерные особенности деятельности медицинской службы Народно-освободительной армии ярко показаны в интересной статье начальника санитарного управления Югославской армии генерал-майора Николиш Гойко «Санитарная служба во время четвертого наступления».

I. Обстановка накануне наступления

После отступления частей Народно-освободительной армии из юго-восточной Боснии во время третьего фашистского наступления и после окончания большого перехода пролетарских бригад вместе с ранеными из Черногории на запад обстановка, сложившаяся на освобожденной территории Босанской Крайины, Лика и Кордуна, позволила относительно стабильно расположить госпитали и реорганизовать санитарную службу в соответствии с новой ступенью развития югославской армии (первый конгресс партизанских врачей, разработка устава санитарной службы Народно-освободительной армии и партизанских отрядов Югославии).

Нужно особенно подчеркнуть одно обстоятельство, способствовавшее развертыванию широкой сети лечебных учреждений на этой территории: непоколебимый боевой дух бойцов молодой армии и тесную политическую связь с народами Босанской Крайины, Лика и Кордуна. Население (особенно женщины и молодежь) переносило раненых на сотни километров, снимало с себя последние рубашки и отдавало их раненым. Лесные госпитали, созданные для размещения раненых, были воистину делом народных масс. Так, например, на строительстве госпиталя в Ясиковац в районе горы Клековач работало более 200 крестьян.

В связи с благоприятными местными условиями и характером местности (горные массивы Клековач, Осьеченице, Грмеч и Плешевице) на всей территории было создано три главных госпитальных центра.

Первый госпитальный центр находился в Петровацком районе, который был защищен горами Клековач, Осьеченице и Грмеч (госпитали в Бос. Петровац, Дриничи, Смоляна, Белай, Стьеняны и Мартин-Брод; лесные госпитали в Ясиковац, Оташевац, Слетина и Шоботовац). Защищенность Петровацкого района позволила использовать перечислен-

[1] По статье начальника санитарного управления Народно-освободительной армии Югославии генерал-майора Николиш Гойко «Санитарная служба во время четвертого наступления», «Vojno-sanitetski pregled», № 4, стр. 201, 1946.

ные выше деревни и город Бос. Петровац для длительного размещения лечебных учреждений, что создавало благоприятную обстановку для госпитализации раненых (рис. 1). В конце 1942 г. емкость этого госпитального центра доходила до 1 200 коек.

Госпитальным центром руководил специально созданный орган управления, который непосредственно подчинялся санитарному отделу верховного штаба. Госпитальный центр получал раненых прежде всего из пролетарских бригад, которые действовали в отдаленных районах, имели только подвижные войсковые медицинские подразделения и должны были отправлять своих раненых далеко, на освобожденную от противника территорию.

Второй госпитальный центр находился около горы Грмеч (лесные госпитали «Лукичи», «Коричаница», «Ластва»), причем для размещения раненых одновременно использовались населенные пункты у подножья горы: Майкичи, Сувая, Ристовац и др. В эти госпитали раненые поступали из Быхач, Новог, Санский мост и Маняче. Управление этим центром находилось в ведении оперативного штаба Босанской Крайины, потом штаба 1-го Босанского корпуса.

Третий госпитальный центр был создан в Лика и находился под управлением главного Хорватского штаба.

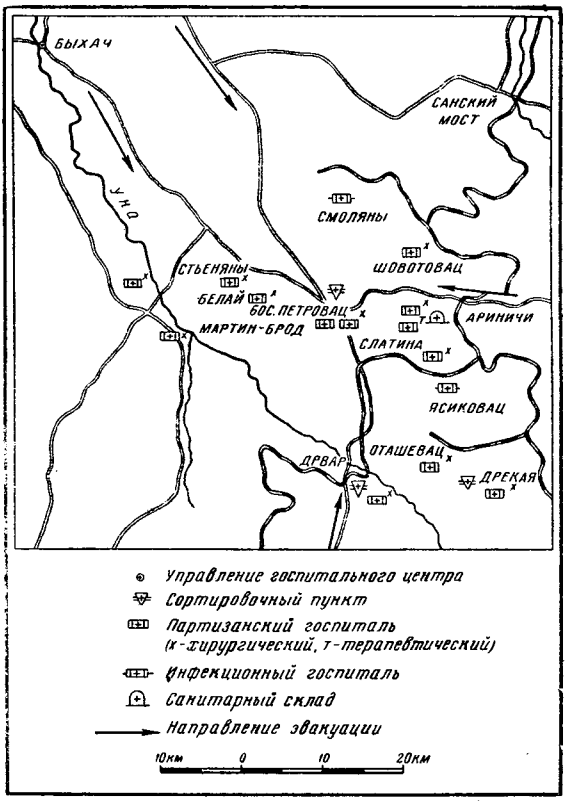


Рис. 1. Схема расположения госпитального центра в районе Бос. Петровац

Кроме этих трех главных госпитальных центров, для госпитализации раненых был использован освобожденный город Быхач (лагерь Жегар). Из-за постоянной угрозы с воздуха в этом госпитале размещали только легко раненых.

Организация охраны госпиталей. В отличие от прошлых войн и от условий боевых действий на других фронтах в настоящей войне (например, на Западном театре войны.— А. Г.) охрана жизни раненых от неприятеля являлась первоочередной задачей санитарной службы. Охрана госпитальной системы Народно-освободительной армии Югославии характеризовалась следующими особенностями:

1. Защита лечебных учреждений прежде всего обеспечивалась общей военно-политической охраной всей освобожденной территории. Мощь Народно-освободительной армии Югославии и ее связь с народом возросли до такой степени, что неприятелю никогда не удавалось достигнуть полной внезапности нападения или проникнуть небольшими силами на освобожденную территорию.

2. Местные условия не позволяли неприятелю пользоваться мотомеханизированными частями вне дорог. Поэтому госпитали создавались в стороне от дорог, в так называемых танконедоступных местах, кото-

рые были достаточно защищены от внезапного нападения. Госпитали, располагающиеся на коммуникациях, в случае появления противника могли в любое время уйти в лес.

3. Большое внимание уделялось маскировке лечебных учреждений от воздушного наблюдения. Опыт, полученный во время четвертого наступления, как это увидим позднее, показал, что никогда нельзя быть в полной безопасности от бомбардировки с воздуха. Авиация (особенно, когда отсутствует активная оборона с земли) может обнаружить на земле и такие объекты, которые считались хорошо замаскированными.

4. Максимальное рассредоточение раненых. Этот принцип имел относительное значение. Рассредоточение раненых, проводимое в лечебных учреждениях, находившихся на освобожденной территории, по сути дела облегчало неприятелю наблюдение.

5. Постоянная готовность каждого госпиталя к перемещению (собственная разведка, наличие транспортных средств, заблаговременная эвакуационная сортировка раненых, собственная вооруженная охрана во время перемещения).

Все эти меры достаточно обеспечивали госпитали от нападения противника в случае прорыва его по коммуникациям. Однако следует отметить, что неприятель редко удовлетворялся проникновением на территорию только по главным коммуникациям. Цель неприятельских наступлений заключалась в уничтожении живой силы Народно-освободительной армии Югославии. Поэтому во время большого Козарского наступления в июне 1942 г. фашисты систематически прочесывали каждый лес, каждую рощу, чтобы уничтожить мелкие партизанские части и поймать укрывшихся раненых.

Такой характер действий противника создавал серьезную угрозу для лесных госпиталей в случае массированного наступления неприятеля и прочесывания местности его отрядами. Лесные госпитали располагались в танконедоступных районах и были частично законспирированы. Однако при массовом характере народного восстания и широком участии населения в устройстве и оборудовании госпиталей полностью засекретить места их расположения оказалось невозможным. В этом состоит главное отличие от обстановки в других областях, например, в Словении, где в некоторых районах практиковалось устройство подземелий для укрытия раненых в случае угрозы неприятеля наземным госпиталям.

II. Начало наступления и концентрация раненых в Дрварской котловине

Наступление противника началось интенсивным и массовым воздействием авиации. Разведка авиацией леса по всей территории мешала повседневной жизни госпиталей (невозможность пребывания раненых на койке, ежедневное перемещение раненых в укрытия) и свидетельствовала о надвигающейся опасности. Бомбардировке подверглись все населенные пункты, все коммуникации. Эта бомбардировка сопровождалась продвижением вперед неприятельских войск. В связи с продвижением вражеских войск началась эвакуация госпиталей, расположенных в наиболее угрожаемых районах. Быхачский госпиталь, в который прибыли раненые из Банья Лука и Лика, был эвакуирован в течение одного дня и ночи 24 января (800 раненых и больных) в двух направлениях: тяжело раненые — вдоль реки Уна в Мартин-Брод, а легко раненые — в Бос. Петровац. 28 января эвакуирован Грмечский центральный госпиталь на южную сторону горы в деревню Воженица-Скакавац. 1 февраля прямым попаданием авиационной бомбы был уничтожен госпиталь в Бос. Петровац. Раненые были эвакуированы отсюда днем раньше в Дрвар.

7 февраля прямым попаданием авиационной бомбы был уничтожен лесной госпиталь «Ластва» в Грмеч. Погибло 40 раненых и медицинского персонала. 11 февраля противник бомбардировал лесной госпиталь «Ясиковац» на горе Клековач и после двухдневной непрерывной бомбардировки уничтожил и этот (самый лучший) партизанский госпиталь. Отсюда было эвакуировано 600 тифозных больных. 13 февраля уничтожен госпиталь в Срнетицы. Но реньше, чем были эвакуированы все эти госпитали, в Дрварской котловине уже собралось много раненых. Сюда были эвакуированы все раненые и больные из Петровацкого района, из Быхач, Баньи и Лики.

Рис. 2. Схема перехода югославских войск вместе с ранеными из Босанской Крайины в Герцеговину

Все населенные пункты возле Дрвар были переполнены госпиталями. Перед руководством медицинской службы возникли серьезные проблемы, связанные с возможностями дальнейшей концентрации раненых в Дрвар и перспективами работы оставшихся неэвакуированными лесных госпиталей.

В это время полагали, что обстановка стабилизируется так, что будет возможно оставить лесные госпитали на горе Клековач и госпитали в населенных пунктах на линии Мартин-Брод, Бобулюсце, Дрвар, гора Ядовник. С помощью народной власти и молодежи срочно началось строительство бараков для раненых на горах Осьеченице и Ядовник. Но обстановка сложилась иначе.

По данным верховного штаба, неприятель хотел окружить и уничтожить основную часть Югославской армии на территории Босанской Крайины. В этом случае переполненные ранеными лесные госпитали представляли заманчивый объект для неприятеля. В случае оставления раненых на этой территории надо было считаться с вероятностью, что они будут уничтожены противником вместе с небольшими частями, оставленными для их защиты. Произвести частичную разгрузку этой территории посредством перемещения части раненых на новую территорию, независимо от перехода основной массы войск, оказалось невозможным, потому что неприятель был активен повсюду и все партизанские госпитальные базы находились под угрозой.

Суммируя все эти данные обстановки, верховный главнокомандующий Тито 30 января отдал приказ переместить всех раненых в направлении развивающегося наступления войск Народно-освободительной армии, т. е. в направлении Герцеговины (рис. 2). Этот приказ 10 февраля был дополнен решением о перемещении также и всех инфекционных больных. В директиве подчеркивалось следующее: 1) необходимость тщательно организовать подготовку к переходу; 2) наибольшая трудность перехода на участке до переправы через р. Неретва; 3) возможность относительной стабилизации после переправы через р. Неретва и вступления в горы Герцеговины.

III. Переход от Дрвар до р. Неретва (с 6 по 20 февраля 1943 г.)

Эвакуация всех лесных госпиталей была произведена в полном порядке частично в Дрвар, частично по железной дороге в Млыниште. Из Мартин-Брод эвакуировано в Дрвар через плато Бобулюсце 240 тяжело раненых. Эта эвакуация оказалась возможной благодаря решительному отпору 7-й дивизии, прикрывающей отход главных сил в Рипачском ущелье и на Оштрелье. В Дрвар раненые были организованы в строевые подразделения, отделения, взводы, роты, эшелоны, группы эшелонов, с командным составом во главе. Во главе каждого эшелона раненых находился штаб, специально организованный для руководства переходом, а общее руководство осуществлялось санитарным отделом Верховного штаба. Понятно, раненые были отделены от больных и распределены по группам, в зависимости от возможности транспортировки: ходячие, способные передвигаться верхом и носилочные. Для передвижения было подготовлено 2 200 раненых и больных в сопровождении 21 врача (из них 4 хирурга, входивших в состав 2 хирургических групп) и 30 человек среднего медицинского персонала. Транспортные средства использовались самые разнообразные: от примитивного верхового седла, воловьей повозки до поезда и грузового автомобиля. Несколько сотен девушек несли тяжело раненых на носилках. На один переход вперед всегда высылался личный состав для организации пунктов отдыха по маршруту движения.

Проблема перемещения раненых была осложнена присутствием нескольких десятков тысяч голодных и раздетых беженцев. Эпидемиологическая обстановка в эшелонах раненых складывалась благоприятно, эшелоны имели примитивные дезкамеры, но вследствие тесного контакта с беженцами приходилось соблюдать максимум осторожности.

6 февраля началось движение. Метеорологическая обстановка по маршруту Прекая, Черный Верх, Гламочское поле, куда последние эшелоны прибыли 10 февраля, была весьма тяжелая.

В Гламочском поле во время трехдневного отдыха к основной колонне раненых присоединились еще две группы:

1) 700 инфекционных больных из Ясиковац, которые были эвакуированы до Млыниште по железной дороге, а затем по бездорожью на повозках и верхом до Гламочского поля.

2) 150 тяжело раненых из госпиталя 1-й пролетарской дивизии.

В итоге госпитали, сосредоточившиеся в Гламочском поле, в половине февраля имели 2 000 раненых и 1 200 больных, в том числе 800 инфекционных. Всего 3 200 человек.

В середине февраля движение эшелонов с ранеными возобновилось от Гламочского поля через Ливнянское и Дувнянское поле до Прозор. На этом отрезке пути использованы для размещения раненых следующие населенные пункты: Прилуки, Подхум, Присобе, Стипаничи, Эминово село, Щит. Переход на этом отрезке пути был совершен в хорошем порядке и в срок, указанный верховным штабом. Овладение населенными пунктами Илютское (2-я пролетарская дивизия) и Прозор (3-я ударная дивизия) имело большое значение для судьбы раненых и больных, так как в этих гарнизонах противника части Народной армии захватили большое количество продуктов (сахар, консервы).

Как только эшелоны с ранеными прибыли в Прозорскую котловину, они приняли раненных во время боевых действий 2-й и 3-й дивизий.

Только за время борьбы за Прозор хирургическая группа 3-й дивизии обработала в деревне Подбор 170 раненых (было сделано 19 лапаротомий и наложено 27 больших гипсовых повязок). Кроме того, беспрерывно прибывали раненые из частей, ведущих бои за Кониц и Иванседло. Таким образом, количество раненых увеличивалось. Населенные

пункты Прозорской котловины (Звирняча, Румбоцы, Якличи, Рипцы, Прослап и монастырь «Щит») были переполнены лечебными учреждениями. В этой котловине кончалась дорога на восток (направление прорыва частей), дальнейший путь лежал по бездорожью через горы. Вследствие недостатка фуража, скот был сильно истощен. Обстановка осложнилась из-за наступления 117-й немецкой дивизии, которая овладела населенным пунктом Горный Вакув и стремилась, несмотря на значительные потери, прорваться к р. Неретва. Выход частей противника на линию Куприс-Шуица повлек бы за собой уничтожение большей части раненых. Тогда верховный главнокомандующий решил произвести сильное контрнаступление на горе Радуши. Это была битва за раненых, окончившаяся поражением немцев.

IV. Переход через р. Неретва и движение до Главатичево (9—22 марта 1943 г.)

Яблоничский мост на р. Неретва был сломан. Здесь кончалась дорога, по которой двигались эшелоны с ранеными от Дрвара. Для транспортировки раненых через р. Неретва и через гору Пренья верховный главнокомандующий выделил из всех дивизий максимальное число лошадей и приказал использовать в качестве носильщиков 800 итальянских военнопленных. 3-я Далматская дивизия (истощенная и ослабленная) получила задачу собирать и переносить остальных раненых. Большую помощь в руководстве и организации транспортировки раненых оказал Центральный комитет коммунистической партии Югославии.

Населенные пункты по пути движения фактически отсутствовали; они были разрушены непрерывными бомбардировками. Во время движения нужно было преодолеть три глубокие расщелины рек Неретва, Идбар, Бела и несколько отрогов сурового горного массива Пренья (Бунары — 1 105 м, Любина и Шилевица — 1 300 м высоты).

9 марта началась переправа всех раненых через р. Неретва. Эта переправа была осложнена крутыми обрывистыми берегами реки и постоянным воздействием артиллерии и авиации противника. В ожидании переправы раненые размещались в населенных пунктах Луг и Крстац, а также в природных укрытиях. В качестве временного убежища был использован Яблоничский туннель, где разместили тифозных больных.

Авиация и артиллерия противника непрерывно бомбардировали и обстреливали район переправ и населенные пункты, где были размещены раненые. Например, село Луг находилось под постоянным артиллерийским обстрелом, а размещенные в селе Крстац пережили интенсивный налет пикирующих бомбардировщиков, во время которого погибло много раненых.

Невозможно описать все страдания и геройство раненых, носильщиков и медицинского состава и трудности, испытывавшиеся ими при движении по бездорожью и опустошенной местности. Многие раненые умирали от болезней, ран, голода и вместе с ними умирали люди, которые их несли. Но желание быть свободными, порыв итти вперед господствовали в эти самые тяжелые дни перехода. В конце марта, когда колонны с ранеными прибыли в Главатичево, закончился этот подлинно героический переход. Начался период относительной стабилизации, позволивший вновь развернуть госпитали. Этот период длился до половины мая, когда началось пятое наступление неприятеля.

С прибытием в Главатичево не закончились испытания, которые выпали на долю молодой санитарной службы Народно-освободительной армии. В результате четвертого наступления противника, вынудившего переправлять инфекционных больных через р. Неретва, и неблагоприятного санитарно-эпидемического состояния беженцев и местного населения, начинается эпидемия сыпного тифа в частях, прикрывающих отход. Тяжелые условия размещения этих частей и сложная обстановка

их действий не позволили локализовать эпидемию. Почти 75% личного состава этих частей заболели сыпным тифом.

В этой обстановке санитарная служба должна была организовать санитарную обработку выздоравливающих, подлежащих возвращению в свои части; их было около 800 человек. Направление выздоравливающих в свои части являлось жизненно необходимым мероприятием, так как госпитали в Главатичево не могли предоставить раненым и больным достаточного количества продуктов питания. Проблема санитарной обработки в этой местности была сложной из-за отсутствия котлов не только для нагревания воды, но даже и для варки пищи. Вопрос был разрешен путем устройства суховоздушных дезкамер.

В заключение следует упомянуть о судьбе раненых, находившихся во время четвертого наступления противника в других районах, т. е. в частях, которые были оставлены для прикрытия отхода главных сил Народно-освободительной армии.

Босанская Крайина. Госпитали, находившиеся в населенном пункте Подгрмеч и лесах горы Грмеч, были эвакуированы. Одна часть раненых и больных следовала описанным выше путем вместе с основной группой войск. Вторая часть была направлена в Лика. Третья часть (около 300 раненых и больных) отстала в районе населенных пунктов Прекайе и Видово село с частями 1-го Босанского корпуса. В начале марта несколько бригад 1-го Босанского корпуса вместе с ранеными были окружены немцами на горе Шатер. Семь дней бойцы и раненые без сна, отдыха и пищи вели борьбу. 10 марта эти части прорвались к Рыбнику, где сосредоточилось около 100 раненых и больных; остальные погибли. Нужно отметить, что лесной госпиталь «Оташевац» на горе Клековач не был обнаружен врагами. Немцы приходили в село Оташевац, арестовывали и допрашивали крестьян, требуя чтобы они показали местонахождение госпиталя. Крестьяне водили немцев по лесу в разных направлениях, но не в том, где был госпиталь. Они поплатились за это своей жизнью, но спасли жизнь раненых.

Лика. Еще в начале наступления все госпитали этого района были сконцентрированы на небольшой территории горы Плешевице. Обстановка была тяжелой до тех пор, пока не удалось разгромить итальянские части около Лапца. В конце февраля и начале марта было организовано три транспорта раненых из Плешевице в Горский Котар (всего около 500 раненых).

Выводы

1. Обеспечение раненых в партизанской войне является одним из наиболее сложных вопросов. Наличие раненых часто оказывает решающее влияние на план и развитие военных операций партизанских отрядов.

2. Вся партизанская война вообще, а четвертое неприятельское наступление особенно показали, что для противника нет недоступных мест. Для обеспечения жизни раненых имелось два выхода: а) укрыть раненых в подземельях, где это позволяла местность; б) эвакуировать их на новую территорию, удаленную от неприятеля.

3. Переход госпиталей с ранеными из Босанской Крайины до Герцеговины и Санджака (500 км) представляет один из типичных примеров медицинского обеспечения в условиях партизанской войны. Этот переход выявил большие возможности молодой санитарной организации Народно-освободительной армии, которой помогал народ.

4. Во время четвертого наступления санитарная служба получила большой опыт борьбы с инфекционными болезнями. Это свидетельствует о том, что нет такой тяжелой обстановки, в которой хорошо организованная санитарая служба не могла бы осуществить противоэпидемического мероприятия.

★

Подполковник мед. службы Г. Л. КОМЕНДАНТОВ
и майор мед. службы В. В. ЛЕВАШОВ

УСКОРЕНИЯ, ВОЗДЕЙСТВУЮЩИЕ НА ЛЕТЧИКА В ПОЛЕТЕ

При равномерном движении самолета, если летчик защищен от действия встречного потока воздуха, скорость не оказывает никакого влияния на организм летчика, но изменение скорости прямолинейного полета и особенно изменение направления движения самолета, даже самое незначительное, вследствие возникающих ускорений воздействует на летчика весьма неблагоприятно. При этом происходит значительное расстройство функций организма, что понижает работоспособность, а следовательно, и боеспособность летчика.

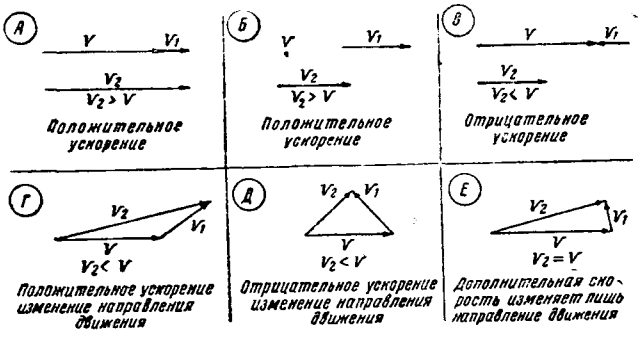


Рис. 1. Направление и величина: v — первоначальной скорости движения тела, v_1 — дополнительной скорости, v_2 — результирующей скорости

Согласно первому закону Ньютона, всякое тело сохраняет состояние покоя или равномерного прямолинейного движения. Только внешние силы, прикладываемые к телу (массе), могут вывести его из состояния покоя или равномерного движения и сообщить ему то или иное ускорение.

Второй закон Ньютона гласит, что ускорение пропорционально действующей силе и имеет одинаковое с ней направление. Возникающее ускорение обратно пропорционально массе тела, на которое действует сила.

Ускорение движения тела возникает, если на него действует сила, сообщающая ему дополнительную скорость. В случае совпадения направлений первоначального движения и действия силы возникающая дополнительная скорость увеличит первоначальную скорость движения тела (положительное ускорение, рис. 1, *А*). Положительное ускорение будет иметь место также тогда, когда первоначальная скорость движения тела будет равна нулю (тело в неподвижном состоянии). В этом случае направление действующей силы не имеет значения, так как скорость первоначального движения, равная нулю, не имеет направления (рис. 1, *Б*).

Если сила сообщит телу дополнительную скорость в строго противоположном направлении по отношению к направлению исходного движения, то первоначальная скорость движения уменьшится (отрицательное ускорение, рис. 1, *В*).

Ускорения подразделяются на положительные и отрицательные или по направлению в пространстве, или в направлении скорости.

При изучении влияния ускорений на организм летчика в полете выгоднее различать ускорения в направлении скорости. Положительное ускорение имеет одинаковое направление с движением тела. Отрицательное направлено в противоположную сторону скорости (против скорости). Направление силы, сообщающей дополнительную скорость, может не совпадать с направлением первоначального движения тела; тогда изменится не только скорость первоначального движения, но и его направление (рис. 1, *Г* и *Д*).

При несовпадении с направлением действующей силы небольшая дополнительная скорость может изменить только направление движения тела, а не его первоначальную скорость (рис. 1, *Е*).

Следовательно, во всех случаях возникновения ускорений телу сообщается дополнительная скорость. Различие заключается в неодинаковом направлении силы, сообщающей эту дополнительную скорость.

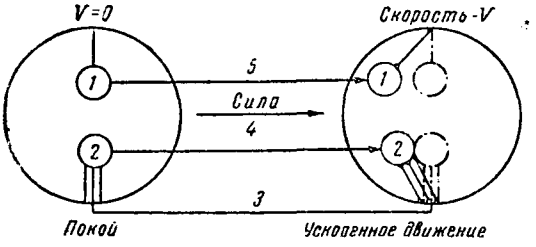


Рис. 2. Явление инерции в начале движения (положительное прямолинейное ускорение). Часть тела *1* в начале движения отстала относительно всего тела больше, чем другая часть *2*, так как сцепление ее с соседними частями тела более слабое. Стрелки *3*, *4* и *5* обозначают путь тела и его частей в начале движения

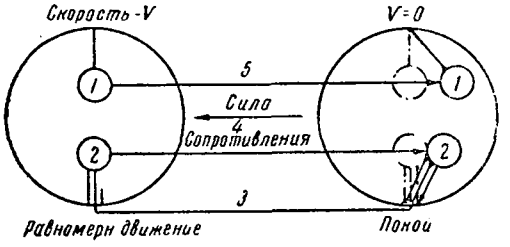


Рис. 3. Явление инерции при остановке тела (отрицательное прямолинейное ускорение). Часть тела *2* при прекращении движения всего тела остановится раньше, чем часть тела *1*, так как сцепление ее с соседними частями тела больше. Обозначение стрелок такое же, как на рис. 2

Вследствие неодинакового сцепления отдельных частей тела друг с другом, приложенная сила не может сообщить одинакового ускорения всем частям тела, в результате чего скорость движения этих частей будет различна, что поведет к деформации тела (рис. 2 и 3) в начале и в конце движения тела, если его части будут смещаться относительно всего тела в противоположную сторону действующих сил. Степень инерционного смещения зависит от величины сцепления той или иной частицы со всем телом, а также от удельного веса (плотности) данной частицы тела. Чем больше сила сцепления, тем меньше деформация тела (инерционное смещение частей тела). Сила упругости тела препятствует этому смещению (деформации). В случае наличия больших сил сцепления возникает напряжение структур тела.

В практике очень часто пользуются термином «инерционные силы». Действием этих сил объясняют инерционное смещение частей тела. Направление этих сил противоположно направлению силы, сообщающей телу ускорение. Однако такое представление по существу неправильно, так как смещение частей относительно всего тела происходит не из-за возникновения каких-либо добавочных воздействующих сил, а вследствие недостаточного сцепления отдельных частей тела друг с другом.

Инерционная сила в смысле Ньютона действует на ускоряющее, а не на ускоряемое тело. Поэтому инерционные смещения (деформации) не могут быть объяснены действием инерционных сил.

При расчете величины инерционного смещения той или иной части тела можно допустить действие инерционных сил на ускоряемое тело, но в этом случае делают два допущения: 1) пренебрегают ускорением тела (применяют ускоренную систему координат — ускоренно движущийся наблюдатель) и 2) вводятся для целей расчета фиктивные силы. Их фиктивность заключается в том, что они не являются действием каких-либо материальных тел. На смещающуюся часть тела фактически не действует никакое тело, которое могло бы сообщить ей скорость в направлении инерционного смещения.

Следовательно, мы имеем два понятия: 1) инерционные силы в смысле Ньютона, не вызывающие деформации тела, так как они действуют на ускоряющие, а не на ускоряемые тела, и 2) инерционные силы во втором смысле, которые искусственно вводятся для количественного определения инерционного смещения (метод расчета).

Проф. Хайкин предложил инерционные силы в смысле Ньютона не называть инерционными, так как они ничем не отличаются от всех других сил взаимодействия материальных тел. Только при условном разделении тел на ускоряемые и ускоряющие возможно выделить инерционные силы в смысле Ньютона в особую группу сил. По мнению Хайкина, термин «силы инерции» необходимо оставить только для обозначения инерционных сил во втором смысле или же силы инерции во втором смысле называть «фиктивными силами инерции» в противоположность инерционным силам в смысле Ньютона, которые могут быть названы «реальными силами инерции». Обозначение двух понятий одним термином может быть причиной различного толкования изучаемых явлений.

При изучении влияния ускорений на организм летчика приходится оперировать силами инерции как в первом, так и во втором смысле.

Так, например, для определения перегрузки всего тела летчика при криволинейном полете следует пользоваться инерционными силами в смысле Ньютона, если же необходимо определить при этих же условиях давление крови на том или ином уровне сосудистой системы или величину смещения органов относительно друг друга, можно применить для расчета инерционные силы во втором смысле.

Для измерения величины ускорения пользуются соответствующей единицей, обозначаемой буквой «g», первой буквой слова gravitation (сила тяготения). Величина этой единицы равна среднему ускорению свободно падающего тела под влиянием силы земного притяжения (9,81 м в 1 секунду) при условии отсутствия сил сопротивления (сопротивление воздуха).

В полете могут возникнуть и воздействовать на летчика различные ускорения: 1) прямолинейное, 2) радиальное, 3) угловое, 4) ускорение Кориолиса. Практически такое разделение ускорений удобно, однако с теоретической точки зрения оно искусственно, так как во всех видах ускорений тому или иному телу в единицу времени сообщается дополнительная скорость. Различие заключается в неодинаковом направлении дополнительной скорости.

При всякой эволюции самолета одновременно возникает несколько видов ускорений. На летчика влияет ускорение (геометрическая сумма их), направленное по равнодействующей.

1. Прямолинейные ускорения бывают положительные и отрицательные. Положительные ускорения — увеличение скорости за единицу времени (секунду). Если до действия силы тело находилось в состоянии покоя, вследствие положительного ускорения оно придет в движение. Направление положительного прямолинейного ускорения совпадает с

направлением силы, вызывающей движение. Инерционные смещения происходят в противоположном направлении.

Отрицательное ускорение — уменьшение скорости за единицу времени. Направление отрицательного ускорения совпадает с направлением силы, препятствующей движению. Оно противоположно направлению движения тела. Направление возникающих при этом инерционных смещений противоположно направлению отрицательного ускорения; оно совпадает с направлением движения тела. Положительные прямолинейные ускорения воздействуют на летчика при обычном взлете самолета, при взлете с катапульты, при катапультировании летчика из скоростных самолетов и т. д. Отрицательные прямолинейные ускорения воздействуют на летчика при посадке, в момент раскрытия парашюта и т. д. Особенно больших величин отрицательные прямолинейные ускорения достигают при аварийных посадках, а также при раскрытии парашюта сразу после оставления скоростного самолета. В обоих этих случаях возникают очень большие ускорения, вследствие угасания большой скорости в течение очень малого отрезка времени.

2. Радиальные ускорения возникают в полете при всяком, даже очень незначительном, изменении направления полета. Величина их зависит от скорости полета и радиуса отрезка окружности, по которому движется самолет.

Радиальные ускорения возникают при всех фигурах высшего пилотажа и особенно больших величин достигают при выходе из пикирования.

Тело движется равномерно по направлению $A—C$ (рис. 4). Согласно первому закону Ньютона, тело должно двигаться прямолинейно ($A—C$), не изменяя своей скорости ($v = v_1$). В точке B в момент выхода из пикирующего полета на него начинает действовать сила b, направленная центростремительно, сообщая ему в этом направлении добавочную скорость v_3 в единицу времени t. Это радиальное ускорение заставляет тело двигаться не по касательной $B—C$, а по кривой $B—D$, отрезку окружности со скоростью v_2.

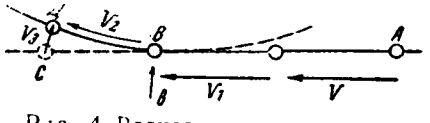


Рис. 4. Радиальное ускорение.

Угол DBC небольшой, а поэтому отрезок пути $B—D$ в течение малого промежутка времени t почти равен пути $B—C$. В этом случае дополнительная скорость v_3 практически изменит только направление движения тела, а не его первоначальную скорость[1].

Сила b — сила сопротивления воздуха (подъемная сила) — действует через сиденье на летчика, сообщая ему центростремительное ускорение в радиальном направлении. Инерционные смещения органов и тканей относительно всего тела летчика будут направлены центробежно. При выходе из пикирующего полета тело летчика (ускоряемое тело) оказывает давление на сиденье (ускоряющее тело), вследствие действия инерционных сил в смысле Ньютона. Величина этого давления пропорциональна центростремительному ускорению, сообщаемому летчику, так как сила b равна инерционной силе (действие равно противодействию). И если радиальные ускорения достигают величины, например, 5 g, то на сиденье кресла будет производиться такое давление, как если бы на сиденье поместили груз в 6 раз больше, чем вес пилота. Вес летчика, как и всякого тела, определяется силой земного притяжения (силой тяжести), действующей на его массу. Давление этой силы на то или иное препятствие будет весом летчика. Эта сила, если нет сил сопротив-

[1] В действительности путевая скорость уменьшится (отрицательное ускорение).

ления, сообщает его массе ускорение величиной в 1 g. Следовательно, вес тела (давление на препятствие) определяется силой, которая может сообщить ему ускорение в 1 g. Каждое добавочное g будет увеличивать вес тела на величину, равную его обычному весу.

Если на тело летчика действует сила *b*, сообщающая ему дополнительно ускорение в 5 g, то вес его будет в 6 раз больше обычного. В этих случаях говорят о перегрузках, и летчик вынужден производить больше усилий, чтобы поддержать тяжесть своего тела, в несколько раз превосходящую его обычный вес (рис. 5). Перегрузки могут измеряться в кратных величинах собственного веса тела летчика.

Если направление силы земного притяжения не совпадает с направлением инерционных сил, например, при фигуре «обратная петля», когда инерционная сила действует в противоположную сторону силы земного притяжения, то перегрузка при ускорении в 5 g будет не пятикратной, а только четырехкратной. Направление результирующей перегрузки проходит по равнодействующей двух сил: силы земного притяжения и инерционной силы.

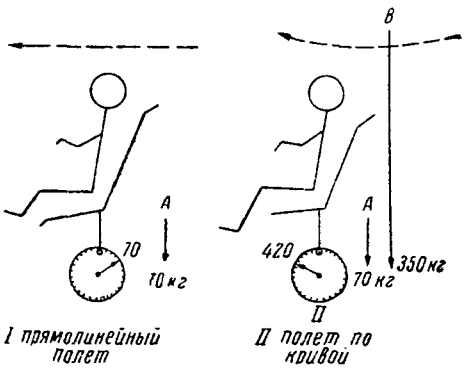


Рис. 5. Перегрузка при выходе из пикирующего полета.

I — прямолинейный полет (равномерное движение). *II* — полет по кривой (отрезку окружности). *A* — сила земного притяжения. *B* — инерционная сила (центробежная)

Полное совпадение направлений центробежной инерционной силы и силы земного притяжения при выходе из пикирующего полета наблюдается в течение очень короткого промежутка времени. В остальное время при выполнении этой фигуры силы действуют под тем или иным углом. При «обратной петле» сила земного притяжения направлена в строго противоположном направлении по отношению к инерционной силе в течение также очень короткого промежутка времени. В остальное время эти силы действуют под бо́льшим или меньшим углом.

При других фигурах: «спирали», «вираж» и т. д., в течение всего времени направления центробежной инерционной силы и силы земного притяжения не совпадают.

3. Угловые ускорения (изменение угловой скорости в единицу времени) воздействуют на летчика главным образом при фигуре «штопор». Угловые ускорения бывают положительные (увеличение угловой скорости) и отрицательные (уменьшение угловой скорости). Эти ускорения в полете не достигают больших величин, однако, вызывая инерционное смещение эндолимфатической жидкости в полукружных каналах, они возбуждают ампулярные рецепторы вестибулярного аппарата.

4. Ускорения Кориолиса возникают и воздействуют на летчика в полете в том случае, если он производит движение головой при равномерном движении самолета по кривой (отрезку окружности). Когда летчик при движении головой перемещает ее в сторону центра окружности, по отрезку которой движется самолет, то путевая скорость перемещенной головы уменьшается, так как она после этого совершает движения по окружности меньшего радиуса. Вследствие уменьшения путевой скорости (отрицательное ускорение), возникает инерционное явление Кориолиса (инерционное смещение). При перемещении головы от центра окружности, по отрезку которой движется самолет, путевая скорость отклоненной головы увеличивается, так как она движется по окружно-

сти большего радиуса. Увеличение путевой скорости (положительное ускорение) вызывает также инерционные явления Кориолиса.

Так как добавочное движение головы ограничено и скорость его сравнительно невелика, ускорения Кориолиса не достигают больших величин. При их действии на летчика происходит возбуждение почти исключительно только ампулярных рецепторов полукружных каналов и отолитовых рецепторов ушного лабиринта, которые наиболее тонко реагируют на механические раздражители (инерционное смещение эндолимфы в полукружных каналах и инерционное смещение отолитов).

При изучении влияния ускорений на организм летчика необходимо учитывать:

1. Величину ускорений.
2. Время действия ускорений.
3. Степень нарастания ускорений.
4. Направление ускорений.
5. Состояние организма при воздействии ускорений: а) утомление, б) эмоциональное состояние, в) последействие от многократных перегрузок (кумуляция), в) гипоксемическое состояние организма и т. д.

При изучении и описании влияния различных ускорений на организм летчика весьма важно пользоваться единой терминологией.

★

Полковник мед. службы проф. П. Е. КАЛМЫКОВ

ПРОСТОЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЛАЖНОСТИ ХЛЕБА, МУКИ КРУПЫ И ДРУГИХ ПРОДУКТОВ, А ТАКЖЕ ГОТОВОЙ ПИЩИ

Питательная ценность хлеба, крупы и готовых блюд зависит от количества содержащейся в них воды. Превышение влажности хлеба против нормы всего на 1% снижает калорийность питания солдата на 30 калорий.

Значение влажности продуктов не ограничивается только тем, что соответственно уменьшается их питательность, — нарушение установленных норм влажности значительно ускоряет процесс порчи продуктов.

Причиной недостаточно широкого применения в лабораторной практике исследований на влажность является отчасти отсутствие простого, скорого и надежного метода, осуществимого в полевых лабораториях или даже непосредственно в хлебопекарне, складе и пр.

Для определения влажности применяется ряд методов. Наиболее распространен способ высушивания навески продукта до постоянного веса в сушильном шкафу при температуре 105°. Этот способ общепризнан и может считаться эталонным. Однако он имеет ряд отрицательных сторон чисто практического свойства. Сюда следует отнести длительность определения, достигающую 8—10 часов, повторные, многократные, взвешивания, обременительные для лабораторного персонала, необходимость иметь хорошо отрегулированный шкаф, стойко держащий температуру.

Большое распространение, главным образом в производственно-технических лабораториях, получил метод Тринклера — ускоренное высушивание при высокой температуре. Он вошел и в стандарт по исследованию хлеба (ОСТ № 5540, 1933 г.).

Некоторые авторы (Голландский, Тульчинский и Исайкин) указывают на то, что влажность, определенная по этому способу, оказывается ниже действительной на 2,5—4,5%. Это подтвердилось и в наших опытах, которые велись строго по стандарту. В результате 7 опытов (в каждом опыте высушивалось 3 пробы) было установлено, что влажность по Тринклеру в среднем на 3% ниже установленной по классическому методу. Нужно иметь в виду, что шкафы Тринклера имеются далеко не во всех лабораториях, изготовить же их местными средствами трудно.

Кроме методов определения влажности путем высушивания навески, разными авторами предложен ряд других способов: определение влажности по увеличению объема сернистой кислоты (Гладкий), использование экзотермических реакций (Егоров, Бонвич), газометрические способы (Массон, Яковенко, Бутов, Вавилин, Цереветинов), определение влажности по изменению удельного веса (Вавилин, Ракович, Углов), электрометрические способы, методы дестилляции.

Большинство предложенных методов недостаточно точны или требуют специальной аппаратуры. Заслуживает особого внимания метод открытой отгонки воды (открытой дестилляции), основанный на совместной перегонке воды исследуемого вещества с несмешивающейся с нею жидкостью. Дестилляцию можно вести в открытой посуде. Коли-

чество влаги в исследуемом объекте устанавливается просто по убыли в весе после прогревания вещества в нелетучей жидкости.

Фарион предложил определять влажность в продуктах мыловаренной промышленности посредством нагревания анализируемого вещества в химически чистой олеиновой кислоте.

Бобров и Шиба применяли метод Фариона к исследованию влажности готовой пищи при анализе обедов. Дружинина использовала данный метод для определения влажности масличных семян. Гершзон таким же образом определяла влажность муки, теста, хлеба.

Принцип удаления влаги путем прогревания анализируемого образца в нелетучей жидкости с высокой температурой кипения базируется на правильных теоретических предпосылках, а кроме того, по своей простоте и доступности стоит вне конкуренции с другими многочисленными методами определения влажности. Принимая это во внимание, мы подвергли всесторонней проверке различные модификации метода с целью разработки соответствующих способов исследования хлеба, муки, крупы и других продуктов.

В самом начале работы при постановке опытов открытой дестилляции с хлебом в подсолнечном масле было выявлено, что рекомендуемое некоторыми авторами нагревание на голом огне, даже таком слабом, как пламя спиртовки, неприменимо по двум причинам.

При интенсивном нагревании очень быстро начинается бурное кипение, сопровождающееся выделением водяных паров. Это может повести к разбрызгиванию и выбрасыванию части содержимого стаканчика. Помимо того, возможно пригорание продукта, а это также крайне нежелательно. Поэтому в дальнейшем нагревание велось на спиртовке, покрытой асбестовой сеткой.

Можно ли нагревание вести без контроля температуры «до прекращения выделения пузырьков», как это рекомендуют отдельные авторы? В результате опытов выяснилось, что резкой и отчетливой границы конца выделения пузырьков отметить нельзя. Они продолжали выделяться даже и тогда, когда температура масла достигала 180—190° и оно начинало возгоняться (появлялся «дымок»). Здесь, следовательно, происходила потеря самого масла. Взвешиванием устанавливались явно завышенные цифры влажности, на 10—15% больше, чем в контрольных исследованиях в сушильном шкафу.

Следующей задачей мы поставили проверку метода Кульмана, который регламентирует степень нагрева (165°) и длительность опыта.

При определении влажности хлеба методом открытой дестилляции в модификации Кульмана получаются несколько завышенные цифры по сравнению с контрольными опытами, проводившимися в сушильном шкафу.

Следует иметь также в виду, что при столь высокой температуре (165°), даже при кратковременном ее действии в течение 3 минут, возможно разложение и анализируемого вещества, и масла.

В дальнейшем мы провели опыты для изыскания наиболее правильного режима дестилляций — температуры и длительности нагревания, а также возможного упрощения оборудования и техники исследований.

Ряд опытов проводился при температуре 150°, причем нагревание продолжалось 20 минут.

Нагревание хлеба в масле до 150° в течение 20 минут приводит к получению завышенных данных — на 0,5—1,2% больше по сравнению с результатами эталонного метода. Неудовлетворительные данные, полученные при температуре 150°, заставили нас испробовать другой режим нагревания хлеба в масле — до 130° в течение 30 минут, а позд-

нее — до 140° в течение 40 минут. Результаты опытов показаны в табл. 1.

Таблица 1

Результаты сравнительных опытов определения влажности хлеба при нагревании в масле до 140° в течение 40 минут и в сушильном шкафу при 105° до постоянного веса

Влажность, определенная в масле при 140° в течение 40 минут (в %)	Влажность, определенная в сушильном шкафу при 105° (в %)	Разница (в %)
55,70	55,66	+0,04
54,88	55,06	—0,18
55,08	55,08	0,0
55,23	55,47	—0,24
55,64	55,71	—0,07
В среднем 55,31	55,39	—0,08

Результаты, полученные при определении влажности хлеба по данному способу, мы считаем удовлетворительными, так как они совпадают с результатами, полученными в параллельных опытах в сушильном шкафу. Тем самым вопрос о режиме нагревания можно считать решенным[1]. Остался вопрос, касающийся установления сортов масел и других нелетучих веществ, которые могут быть использованы для данных исследований, а также вопрос о том, возможно ли этим методом определять влажность, помимо хлеба, других продуктов и готовой пищи. Эти вопросы и послужили предметом дальнейших наших исследований.

Мы испытали ряд пищевых масел растительного и животного происхождения, кроме того, исследовали различные минеральные масла и другие вещества. При этом было установлено, что вполне пригодны для данных целей по существу все пищевые жиры: масло подсолнечное, хлопковое, коровье топленое, маргарин, сало топленое (говяжье), лярд и комбижир. Весьма хорошие результаты получаются при употреблении растительного касторового масла, а также парафина. Все эти вещества при нагревании их до 140° в течение 40 минут не теряют в весе.

В противоположность перечисленным жирам масла минерального происхождения — вазелиновое, смазочные масла (автол № 10 и № 18, авиационные марок МЗС, МС, МК, любрикетинг) — оказались малопригодными. Определение влажности при помощи этих веществ крайне затрудняется обильным пенообразованием, особенно в первый период опыта.

Кроме перечисленных жидкостей, были испытаны глицерин и этиленгликоль. Последний широко используется как незамерзающее вещество для заливки радиаторов на автомобилях, танках и самолетах. В опытах было установлено, что ни этиленгликоль, ни глицерин непригодны для данной цели, так как при температуре в 140° они испаряются. Помимо влажности хлеба, способом открытой дестилляции при установленном нами режиме и технике нагревания мы определяли влажность ряда других продуктов и готовой пищи. Были изучены мука ржаная, пшено, овощи свежие и квашеные, каша пшенная, различные супы.

При исследовании круп и муки температура и длительность нагревания оставались без изменения. Крупу, макароны и горох предварительно растирали в ступке, после чего брали навеску в стаканчик с маслом. Результаты исследования муки и круп даны в табл. 2.

---

[1] Следует отметить, что в качестве единственного критерия точности способа мы избрали данные, полученные в общепризнанном методе высушивания при 105° до постоянного веса. Рекомендуемый многими авторами другой критерий — неизменяемость веса — после повторного прогревания масла не дает в большинстве случаев совпадения с первым. Хотя добиться стойкости цифр и можно, но при этом получаются завышенные данные.

Таблица 2

Результаты сравнительных опытов определения влажности круп и муки методом нагревания в масле и в сушильном шкафу

Название продукта	Влажность, определенная в масле при 140° в течение 40 минут (в %)	Влажность, определенная в сушильном шкафу при 105°(в %)	Разница (в %)
Мука ржаная	14,80	14,95	—0,15
Пшено	13,20	13,37	—0,17
Крупа перловая	13,39	12,92	+0,47
Горох	14,09	12,95	+1,14
Вермишель	13,45	13,13	+0,32

Данные табл. 2 можно расценивать как удовлетворительные (превышение влажности гороха может иметь случайные причины). Следовательно, «масляный» способ установления влажности можно распространить и на большое количество сухих мучнистых и крупяных продуктов.

В следующей серии опытов мы применили способ для исследования свежих и квашеных овощей — продуктов, составляющих обширную и важную группу. Овощи перед опытом быстро разрезали на небольшие кусочки и в таком виде навеску опускали в масло (табл. 3).

Таблица 3

Определение влажности овощей путем нагревания в масле и в сушильном шкафу

Название продукта	Влажность, определенная в масле при 140° в течение 40 минут (в %)	Влажность, определенная в сушильном шкафу при 105° (в %)	Разница (в %)
Картофель свежий . . .	75,32	75,43	—0,11
Капуста квашеная . . .	89,99	89,75	+0,24
Морковь свежая . . .	91,96	92,24	—0,28
Свекла свежая	88,28	88,01	+0,27

Из табл. 3 видно, что получаются положительные результаты, вполне совпадающие с данными параллельных опытов в сушильном шкафу.

В последней серии опытов метод открытой дестилляции был применен для определения влажности готовой пищи, различных первых и вторых блюд. Из каши после тщательного перемешивания пробу брали непосредственно. Первые жидкие блюда сначала разделяли на жидкую и плотную части, последнюю затем протирали через сито, соединяли и перемешивали с жидкостью. Из гомогенной полужидкой массы брали навеску около 5 г и помещали в стаканчик с маслом. Полученные данные показаны в табл. 4.

Изучение табл. 4 дает основание считать, что этот способ определения влажности можно рекомендовать и для исследования готовой пищи. А это позволяет просто и быстро устанавливать количество воды

в том или в другом блюде, т. е. устанавливать концентрацию пищи и питательную ценность ее. Необходимо иметь в виду, что лабораторный анализ обедов на калорийность и химический состав включает как необходимую часть определение влажности. Введение описываемого способа весьма облегчает этот анализ.

Таблица 4

Определение влажности готовых блюд путем нагревания в масле и в сушильном шкафу

Название блюда	Влажность, определенная в масле при 140° в течение 40 минут (в %)	Влажность, определенная в сушильном шкафу при 105° (в %)	Разница (в %)
Щи из кислой капусты	94,22	94,01	+ 0,21
Борщ	93,70	93,12	+ 0,58
Суп картофельный	87,98	87,86	+ 0,12
„ гороховый	88,11	87,57	+ 0,54
„ вермишелевый	90,00	89,61	+ 0,39
„ перловый	88,95	88,36	+ 0,59
„ пшенный	90,70	90,64	+ 0,06
Каша пшенная	60,07	59,83	+ 0,24
„ рисовая	64,49	64,27	+ 0,22
„ манная	66,32	66,93	— 0,61
„ овсяная	62,25	62,81	— 0,56
„ перловая	63,31	63,49	— 0,18
„ пшеничная	67,46	66,75	— 0,29

Таким образом, можно сделать общий вывод, что разбираемый метод пригоден для определения влажности весьма большого количества продуктов. Желательно было бы испытать его в отношении тех продуктов, которые нами не исследовались, например, мяса, рыбы и пр.

На основании многочисленных исследований мы считаем возможным рекомендовать для полевых и стационарных лабораторий следующую технику опытов.

Посуда, оборудование и материалы. Исследование удобнее всего вести в химических стаканчиках емкостью 50 мл, при их отсутствии можно пользоваться колбочками Эрленмейера на 50—100 мл. В стаканчике должна находиться коротенькая и нетолстая стеклянная палочка около 10 см длиной с «пуговкой» на конце. Палочка необходима для измельчения навески хлеба и перемешивания в процессе нагревания. Необходим также обыкновенный химический термометр до 150—200°.

Нагревание ведут на спиртовой горелке, причем стаканчик ставят на асбестовую сетку. Удобно пользоваться штативами Бунзена, которые позволяют закрепить колбы с сеткой, а также установить на нужном уровне термометр.

Взвешивание можно производить на роговых аптечных весах, обеспечивающих достаточную точность (до 10 мг безусловно, а при наличии гирек можно взвесить с точностью до 5 мг). Еще удобнее пользоваться техно-химическими весами. Наконец, необходима та или иная из вышеперечисленных нелетучих жидкостей (масло, парафин и пр.).

Масла, при навеске хлеба в 5 г, следует брать около 20 мл. Однако следует иметь в виду, что лишь малая доля масла расходуется безвозвратно (3—5 г), остальное количество по окончании опыта сливают, фильтруют или просто отстаивают и вновь используют после прогревания до 200°.

Порядок и техника исследования. В сухой и чистый стаканчик с палочкой наливают масло, которое предварительно отделяют от отстоя и освобождают от следов воды путем прогревания при 180—200° в течение часа. Всю эту систему (стаканчик, масло, палочку) взвешивают на аптечных или технических весах с возможной точностью.

После этого берут пробу хлеба или другого продукта. На эту часть работы нужно обратить особое внимание. Следует иметь в виду возможность потери влаги во время отбора пробы (хлеба) и, наоборот, поглощение водяных паров из воздуха гигроскопическими материалами (мука и пр.).

Поэтому пробу хлеба нужно брать от целого каравая. Делают это так. Из середины каравая во всю его толщу вырезают ломоть, из центральной части которого в свою очередь отбирают кусочек мякиша приблизительно в 5 г весом. Размер кусочка можно установить предварительно. Хлеб затем тотчас же опускают в приготовленный (взвешенный) стаканчик с маслом. Муку отбирают ложечкой после тщательного перемешивания, крупу предварительно измельчают в ступке.

После этого систему вторично взвешивают, причем по разнице результатов первого и второго взвешиваний устанавливают точный вес взятой пробы продукта.

Если исследуют хлеб, его нужно измельчить, растереть палочкой. Это легко, так как хлеб быстро пропитывается маслом и набухает. Нельзя разрезать хлеб до опускания в масло, так как при этом может измениться влажность. Стаканчик с маслом и хлебом затем ставят на сетку, опускают в него ртутный шарик термометра и начинают нагревание. Необходимо следить, чтобы расширенная часть термометра была вся погружена в масло, но в то же время не следует допускать соприкосновения его с дном стаканчика, имеющим более высокую температуру, чем масло.

Вскоре начинается энергичное выделение водяного пара, масло как бы «кипит». Не следует допускать бурного выделения пузырьков; при этом неизбежно разбрызгивание масла. Кроме того, следует время от времени помешивать массу стеклянной палочкой. Как только показание термометра достигает 140° (несколько меньше — 137—138°, так как система имеет тепловую инерцию), необходимо начать регулирование нагрева, отнимая и придвигая горелку. Прогревание продолжается 40 минут (с момента достижения 140°). Допустимы отклонения от данной температуры, но не более чем на 5° в ту или в другую сторону. После этого масло с термометра возможно тщательнее снимают. Стакан с содержимым охлаждают и взвешивают. Уменьшение веса целиком объясняется потерей влаги. Влажность исчисляется в процентах путем отнесения количества влаги к весу продукта. Потеря масла, остающегося на термометре, весьма незначительна. Она равна по нашим определениям 5—10 мг. Эту неточность легко избежать, если перед опытом термометр опустить в разогретое масло, находящееся в особой посуде. Потерю масла на термометре можно точно определить, если масло снять взвешенным кусочком фильтровальной бумаги и вторично взвесить этот кусочек. Однако следует учесть, что потеря масла возможна только в первом опыте, при повторных же исследованиях термометр, смоченный жиром, не будет забирать его из стаканчика.

Охлаждение масла с хлебом можно ускорить, опуская стаканчик в холодную воду и тщательно протирая его сухим полотенцем перед взвешиванием. По нашим исследованиям, вес стаканчика при этом не увеличивается.

Исследование можно вести в массовом порядке. Нетрудно наблюдать одновременно за 5 стаканчиками. При навыке можно увеличить это число до 10.

Выводы

1. Определение влажности хлеба и других продуктов, а также готовой пищи заслуживает большого внимания и более широкого использования.

2. Серьезным препятствием является отсутствие простого и скорого метода исследования на влажность. Общепризнанный способ — высушивание до постоянного веса при 105° — трудно осуществим из-за длительности и трудоемкости его.

3. Многочисленные методы определения влажности, опубликованные в отечественной и иностранной литературе, страдают столь значительными недостатками, что не могут быть рекомендованы взамен классического способа (высушивание до постоянного веса).

4. Метод нагревания вещества в нелетучей жидкости с высокой температурой кипения при устранении недостатков первоначальных модификаций имеет важные преимущества принципиального и практического порядка.

5. Достаточная точность, простота, скорость описанного метода, возможность одновременного ведения нескольких исследований делают его пригодным для массовых исследований как в полевых, так и в гражданских лабораториях.

★

Засл. деятель науки проф. Д. М. РОССИЙСКИЙ

ЛИМОННИК КИТАЙСКИЙ (SCHIZANDRA CHINENSIS) — НОВОЕ СТИМУЛИРУЮЩЕЕ И ТОНИЗИРУЮЩЕЕ СРЕДСТВО

Изыскание и изучение новых стимулирующих и тонизирующих средств — одна из важнейших задач современной медицины. Большой интерес представляет изыскание новых стимулирующих средств, полученных из лекарственных растений. К числу лекарственных растений, дающих стимулирующие и тонизирующие средства, должен быть отнесен так называемый лимонник китайский, встречающийся в СССР на Дальнем Востоке и Южном Сахалине, в Северной Корее, Северном Китае, Маньчжурии, Монголии и Японии. На Дальнем Востоке лимонник произрастает в Приморском крае и большей части Хабаровского края и распространен по долине р. Амура. Располагаются заросли лимонника обыкновенно на высоте 200—500 м над уровнем моря. Разводят лимонник семенами и корнями. Семена можно высеивать весной и осенью.

Лимонник китайский [Schizandra chinensis (Turz) Baill] относится к семейству магнолиевых. Это вьющийся кустарник — лиана с деревянистым стеблем и красивыми листьями. С верхней стороны листья темнозеленые, с нижней — светлозеленые, слегка мясистые, яйцевидной формы. Цветет в начале июня, ягоды созревают в сентябре — октябре. Цветы одиночные, на длинных поникающих розово-красных цветоножках, сначала розовые, затем белые, при увядании желтеющие. Плоды — ягоды округлой формы, с нежной мякотью, оранжево-красного цвета, образующие кисти длиной 8—10 см с 20—50 ягодами. Семя блестящее, желтое, почковидное, с плотной оболочкой. Ягоды лимонника кислого вкуса. Плоды, кора и молодые листья издают приятный

лимонный запах, отчего растение и получило русское название «лимонник».

О лимоннике как о лекарственном растении упоминается еще в Китайской фармакопее (Вань-Цао-Ган-Му) Ли-Ши-Чженя, изданной в 1596 г.

«У-Вай-Цзы», что в переводе обозначает «плод с 5 вкусами» — лимонник китайский, в этой фармакопее отнесен к первой категории лекарств, и его рекомендуется применять для восстановления силы при утомлении, для регулирования дыхания, повышения бодрости и половой функции. Сушеные ягоды лимонника широко применяются в китайской медицине и в прежнее время импортировались в Китай.

На Дальнем Востоке плоды лимонника и лепешки из них употребляются как стимулирующее и тонизирующее средство при физическом переутомлении и голодании. Жители Уссурийского края, делающие тяжелые переходы, для прекращения чувства усталости и голода жуют сухие плоды или пьют отвар из сухих плодов или корня лимонника. Нанайцы, идя на охоту, берут с собой сушеные ягоды лимонника и при сильной усталости едят их. По уверению нанайцев-охотников, горсть сухих ягод лимонника дает силу целый день, без приема пищи, гнаться за соболем. Русские охотники на Дальнем Востоке для повышения физической силы и прекращения чувства утомления применяют ягоды, стебли и корни лимонника в виде чая.

Участники ботанических экспедиций в Уссурийском крае утверждают, что таблетки из прессованных плодов лимонника дают бодрость и облегчают подъем на сопки в конце утомительного дня пути.

В плодах и семенах лимонника найдены эфирное масло, содержащее цитраль, яблочная и лимонная кислота, сахар, дубильные, экстрактивные и белковые вещества.

В плодах также содержится в большом количестве витамин С. По данным Д. А. Баландина, в 1 кг сухих ягод содержится 350—580 мг витамина С («Труды Дальневосточной горнотаежной станции имени акад. В. Л. Комарова», т. IV, 1941).

Мякоть ягод применяется в кондитерской промышленности для приготовления безалкогольных напитков, для начинки и подкраски конфет. Морсы и сиропы из сока ягод, содержащих лимонную и яблочную кислоту, приятны на вкус и цвет и являются хорошими освежающими напитками. Из ягод лимонника можно также получать лимонную и яблочную кислоту, которые широко применяются в пищевой промышленности и медицине.

Эфирное масло, содержащееся в коре лимонника, близкое к эфирному маслу лимона, может заменять последнее в парфюмерии и мыловарении.

Масло семян лимонника найдет применение при производстве мыл, олифы и красок.

По вопросу о тонизирующем начале лимонника существует несколько мнений. Указывают, что оно может зависеть как от благоприятного комплекса углеводов и органических кислот (Н. К. Юрашевский), так и от комплекса лимонной и яблочной кислоты, эфирного масла и моносахаридов (В. П. Варлаков), повышающих энергетический баланс организма за счет сгорания органических кислот и увеличения буферности крови, что активизирует обмен веществ и тонизирует центральную нервную систему.

По Д. А. Баландину, тонизирующее действие лимонника обусловлено смолами или близкими к ним веществами, имеющимися в семенах лимонника, которые, всасываясь в кровь, возбуждают центральную нервную систему, особенно дыхательный и сосудодвигательный центры. Дыхание при этом усиливается, кровяное давление повышается и рефлекторная возбудимость увеличивается.

Высказывалось также мнение о большом значении эфирного масла, содержащегося в лимоннике в довольно значительном количестве.

Правильнее считать, что фармакологическое действие лимонника зависит от комплекса находящихся в нем веществ. Всесоюзный комитет растительных ресурсов поручил автору настоящей статьи научное руководство проведением экспериментально-клинических исследований по изучению тонизирующих и стимулирующих свойств лимонника.

Эта работа была проведена по разработанному нами плану в ряде научно-исследовательских и клинических учреждений Москвы, сначала экспериментально на животных, затем на больных, на физкультурниках, на бойцах и летчиках.

Препараты из лимонника для проводимых нами наблюдений изготовлялись Центральным аптечным научно-исследовательским институтом Министерства здравоохранения РСФСР (дир. института Е. Н. Кутумова). Наиболее активными оказались настойки и таблетки из семян, затем настойки из ягод и коры; менее эффективны препараты из корней и стеблей. Таблетки лимонника, содержащие 50% семян, по сравнению с настойками действуют более медленно, но зато и более продолжительно; водные настои по сравнению со спиртовыми обладают меньшей фармакологической активностью.

Экспериментальные исследования препаратов лимонника на животных, проведенные проф. Я. Х. Нолле, показали, что лимонник тонизирует (стимулирует) сердечно-сосудистую систему, увеличивает силу сердечных сокращений, регулирует кровообращение, возбуждает дыхание, увеличивая частоту и амплитуду дыхательных экскурсий, и стимулирует рефлекторную возбудимость.

Кроме экспериментальных опытов на животных, были поставлены наблюдения над влиянием препаратов лимонника на нервно-мышечную возбудимость и зрение у людей.

Измерение нервно-мышечной возбудимости производилось методом хронаксиметрии на хронаксиметре конденсаторного типа в физиологической лаборатории Московской областной физиотерапевтической клиники. Опыты ставились проф. В. В. Ефимовым на 13 здоровых лицах из служебного персонала клиники. Возраст их колебался от 18 до 58 лет. Перед опытом испытуемые отдыхали в лаборатории 30 минут, затем у них измеряли (при сидячем положении) моторную хронаксию и давали лимонник в виде зерен или в таблетках. Первые измерения делали через 10—15 минут после приема лимонника, затем через 40 минут и, наконец, через час конденсаторным хронаксиметром на двигательных точках руки, всегда при трех различных реобазах. Только при совпадении указаний трех хронаксий выносили заключение о влиянии лимонника.

Типичным оказалось понижение моторной хронаксии, особенно ясное через 45 минут после приема лимонника.

Понижение хронаксии, т. е. ускорение возбудимости нервной системы, указывало на улучшение работы периферической нервной системы.

Кроме определения хронаксии, отмечались самочувствие испытуемых и внешние физиологические изменения: расширение зрачков, блеск глаз, покраснение лица и повышение возбудимости. Измерения хронаксии позволили определить дозу лимонника: оказалось, что 0,5 г лимонника (в таблетках) недостаточно для изменения хронаксии. Только после приема 1 г начинается ясное изменение хронаксии. Если же испытуемый 20 минут только держал лимонник на языке, не проглатывая его, хронаксия не изменялась, так как лимонник действует лишь в том случае, когда попадает в кровь через желудочно-кишечный тракт. Одно вкусовое раздражение языка не оказывает влияния. Этот вывод подтверждается и быстрым проглатыванием лимонника.

У 11 испытуемых из 13 под влиянием принятого внутрь лимонника хронаксия ясно уменьшилась, причем было установлено, что для под-

ростков наиболее эффективной дозой является 0,5 г, а для взрослых — 1,5 г зерен лимонника.

Приблизительно через час после приемов препарата хронаксия начинает возвращаться к исходной величине.

Так как для военнослужащих и во многих других профессиях зрение играет первостепенную роль, были поставлены опыты для выяснения действия лимонника на зрение, особенно ночное. Опыты ставила Л. П. Галочкина в лаборатории физиологической оптики Офталмологического института им. Гельмгольца (зав. — проф. С. В. Кравков). Измерение ночного зрения производилось на адаптометре. 10 испытуемых помещали в абсолютно темную комнату. Через каждые 5 минут у них измеряли чувствительность зрения на адаптометре. По мере накопления зрительного пурпура в палочках сетчатки чувствительность ночного зрения сначала быстро, а затем медленно нарастала и, наконец, через 50—60 минут становилась неизменной. Тогда испытуемому давали внутрь лимонник в виде порошка из сухих ягод (1,6 г) и в течение 1½—2 часов измеряли чувствительность зрения. Наблюдения показали, что под влиянием лимонника чувствительность ночного зрения значительно возрастает. Это имеет большое практическое значение для летчиков, танкистов, разведчиков, а также и для ряда лиц гражданских профессий.

Приемы внутрь 1,6 г порошка из сухих ягод лимонника повышают чувствительность глаза к красному раздражителю и понижают чувствительность к зеленому. При этих опытах выяснилось, что для повышения ночного зрения взрослому человеку необходимо от 1,5 до 2 г лимонника, причем лимонник оказался в этом отношении лучше, чем фенамин, который понижает ночное зрение.

Для испытания стимулирующего и тонизирующего действия лимонника на организм человека нами были организованы при участии врача Н. А. Верховского наблюдения над большими группами физкультурников и спортсменов, принимавших препараты лимонника.

Проведенные нами наблюдения показали, что физкультурники и спортсмены, получавшие лимонник, несмотря на тяжелую физическую нагрузку, теряли вес значительно меньше, чем контрольные, и почти полностью сохраняли свои физические силы, причем чувство усталости и сонливости, отмечающееся после физической нагрузки, у них почти отсутствовало.

Наблюдения, проведенные О. Я. Боксер над летчиками-истребителями, над личным составом частей войск, имевших особенно большую нагрузку (рота на марше, шоферы-бензозаправщики, наводчики зенитных батарей, фотограмметристы-дешифровщики разведывательного авиационного полка), также показали, что лимонник противодействует утомлению, не уступая в этом отношении стимуляторам, уже принятым на снабжение армии.

Исследования на здоровых, но переутомленных напряженным умственным трудом лицах, проведенные нами при поликлинике кафедры внутренних болезней I Московского медицинского института, показали, что однократные приемы лимонника в виде спиртовой настойки в дозах по 30—40 капель на прием оказывают на лиц, переутомленных умственной работой (ночные заседания, напряженная научная и литературная работа и т. д.), ясно выраженный стимулирующий и тонизирующий эффект, понижая чувство утомления, снимая сонливость и повышая трудоспособность.

Под влиянием приемов лимонника отмечалось улучшение самочувствия, характеризовавшееся приливом бодрости и силы и желанием двигаться и работать. В некоторых случаях отмечалась эйфория, улучшение ночного зрения и исчезновение чувства сонливости. Ночные дежурства принимавшие лимонник переносили легко. При приемах ли-

монника увеличивалась мышечная сила и время задержки дыхания. Возбудимость пульса во всех случаях существенно не изменялась.

В отношении влияния лимонника на сердечно-сосудистую систему в проводившихся под нашим руководством наблюдениях (П. Н. Юренев) в острых опытах удалось установить некоторую закономерность в отношении пульса и кровяного давления, которая проявлялась в урежении пульса и в незначительном снижении кровяного давления.

Существенного влияния на возбудимость пульса, а также на скорость кровотока, определявшегося кальциевым методом, отметить не удалось.

В отношении времени задержки дыхания (проба Штанге) в большинстве случаев отмечалось как удлинение, так и некоторое уменьшение задержки дыхания. В некоторых случаях при применении лимонника отмечались изменения со стороны электрокардиограмм, которые в основном сводились к синусной брадикардии, удлинению интервала R и изменению зубца T в третьем отведении. В ряде случаев отмечалось увеличение вольтажа во всех трех отведениях.

При анализе данных, полученных при длительном приеме лимонника, у реконвалесцентов можно отметить несколько иной характер ощущений, возникавших под влиянием приемов препарата; так, в течение первых двух-трех суток в 3 случаях больные отмечали нерезкие головные боли, в одном случае отмечалась повышенная раздражительность. Все эти побочные явления прошли на 3—4-й день после начала приемов лимонника и в дальнейшем не появлялись. Настроение и самочувствие больных стали хорошими, в ряде случаев отмечалась нарастающая бодрость.

В отношении влияния на сердечно-сосудистую систему также отмечалось урежение пульса, нерезкое снижение кровяного давления, наиболее выраженное к 3—4-му дню дачи препарата, с последующим возвращением к исходным цифрам при продолжающейся даче лимонника.

Более отчетливо влияние на величину задержки дыхания, определявшуюся пробой Штанге; оно выражалось удлинением времени задержки дыхания.

Существенных изменений в частоте дыхания, скорости кровотока и возбудимости пульса отметить не удалось.

На электрокардиограммах более выраженными были изменения зубца T.

Кроме изучения влияния лимонника на организм здоровых людей, нами были проведены сравнительные наблюдения над действием лимонника, фенамина и кола — стимуляторов, имеющих широкое практическое применение.

Изучение влияния указанных стимуляторов проводилось у здоровых людей в возрасте 18—27 лет, с определением следующих тестов: 1) величина мышечной силы (динамометрия), 2) функциональная проба пульса, 3) величина кровяного давления в плечевой артерии, 4) проба Штанге (длительность задержки дыхания на вдохе и выдохе), 5) данные самочувствия.

Наблюдения производились на протяжении 24 часов, в период, когда испытуемые несли круглосуточное дежурство при районной терапевтической больнице Сокольнического райздрава (П. Н. Юренев).

5 испытуемых приняли до 2,5 г порошка из семян лимонника, 5— по 2,5 г кола и 5 — по 0,01 г фенамина.

Наблюдения показали, что лимонник у здоровых субъектов значительно улучшает самочувствие — появляется бодрость и исчезает сонливость при ночной работе, а также нарастает мышечная сила.

К положительным свойствам лимонника следует отнести отсутствие при его приемах выраженных отрицательных гемодинамических сдвигов и хорошую переносимость лимонника, не дающего побочных явлений.

Полученные данные вполне соответствуют данным, отмеченным в ряде других наших наблюдений при применении лимонника у здоровых людей.

Приемы фенамина дали следующие результаты: в 3 случаях отмечалось улучшение самочувствия, выражавшееся в исчезновении сонливости, бодром состоянии и хорошем настроении в период ночной работы; в одном случае испытуемый не мог отметить изменения своего самочувствия по сравнению с обычным состоянием, бывшим у него при несении ночных дежурств, и в одном случае было отмечено резкое ухудшение самочувствия, выражавшееся в чувстве утомления, общей слабости, тошноте, головной боли, резком сердцебиении. В 2 случаях на следующий день после приемов фенамина наблюдались разбитость, головная боль, слабость. В 4 случаях отмечалось незначительное повышение мышечной силы, время задержки дыхания в 2 случаях оставалось без перемен. в 3 случаях заметно снизилось. В 2 случаях повысилась возбудимость пульса, что субъективно сопровождалось неприятным чувством резкого сердцебиения. Кровяное давление обнаруживало определенную тенденцию к повышению: давление, как максимальное, так и минимальное, повысилось в 4 случаях из 5.

Менее эффективным оказалось влияние кола, при приеме которого только в 2 случаях появилось чувство бодрости и исчезла сонливость, а в остальных случаях испытуемые не отмечали заметных изменений в своем состоянии. На другой день после приема кола 2 испытуемых жаловались на разбитость и головную боль.

При приеме кола заметных изменений мышечной силы и возбудимости пульса также не отмечалось. Проба Штанге не дала существенных перемен в 3 случаях, в остальных случаях отмечалось незначительное снижение задержки дыхания.

Кровяное давление у лиц, принимавших препарат кола, не претерпевало существенных изменений.

Проведенные сравнительные наблюдения позволяют выделить лимонник как весьма эффективный и полноценный стимулирующий препарат.

Наши клинические наблюдения показывают, что препараты лимонника с успехом могут применяться не только у здоровых людей в качестве тонизирующего и стимулирующего средства, но также и у больных, страдающих общей астенией, переутомлением, миастенией сердца, истощением нервной системы, и у реконвалесцентов после перенесения острых инфекций (грипп, ангина, пневмония, малярия и др.), нередко влекущих за собой более или менее длительное астеническое состояние.

Препараты лимонника должны найти особенно широкое применение в нейро-психиатрической практике. Проведенные по нашему предложению наблюдения над применением лимонника у больных в Московской областной нейро-психиатрической клинике (дир. — проф. Е. К. Краснушкин) показали, что препараты лимонника (в виде таблеток по 0,5 г утром натощак и по 0,25 г перед обедом и ужином, всего по 1 г в течение суток) при длительном их применении (в течение 10 и более дней) действуют благоприятно на астенический и депрессивный синдром при разных формах душевных заболеваний (психастения, травматическая церебрастения, депрессивно-параноидная форма шизофрении, реактивное состояние на фоне алиментарной дистрофии, реактивная депрессия у артериосклеротиков, артериосклеротическая неврастения).

Наибольший эффект лимонник китайский дал при астено-депрессивном синдроме, проявлявшемся сонливостью, вялостью, адинамией и быстрой утомляемостью.

Все экспериментально-клинические наблюдения, проведенные под нашим руководством над применением препаратов лимонника китайского, позволяют сделать заключение, что лимонник является хорошим

стимулирующим и тонизирующим средством. Он ускоряет возбудимость нервной системы, значительно повышает умственную и физическую работоспособность, снижает сонливость, возбуждает потребность в деятельности, вызывает появление бодрости и жизнерадостного настроения и значительно усиливает и повышает чувствительность периферического и центрального зрения. Все это имеет большое практическое значение для ряда важных профессий, особенно для летчиков, танкистов, шоферов, железнодорожников, моряков и разведчиков.

Быстрота и сравнительная длительность стимулирующего действия лимонника, простота его применения, отсутствие побочных явлений и кумуляции, а также особых противопоказаний к применению делают лимонник весьма ценным стимулятором в тех случаях, когда необходимо сосредоточить все силы организма на выполнении экстренных и неотложных работ в напряженной и сложной обстановке.

Лучшей стимулирующей и тонизирующей дозой лимонника китайского является 1—1,5 г таблетизированных семян лимонника или 30—40 капель спиртовой настойки из его ягод. Наиболее эффективными препаратами лимонника являются спиртовая настойка из его ягод и порошок и таблетки из семян. Препараты лимонника следует принимать натощак или через 4 часа после приема пищи. Действие препаратов наступает через 30—40 минут после приема, наиболее ясно выражено в первые часы и продолжается, постепенно ослабевая, от 4 до 6 часов.

Принимать препараты лимонника более 2 раз в сутки нежелательно. Привыкания к препаратам лимонника не отмечено. Кумулятивного действия в случае приема препаратов лимонника даже в течение 15—30 дней подряд не наблюдается.

Нельзя рекомендовать приемы препаратов лимонника лицам, находящимся в состоянии сильного возбуждения, так как возможно перевозбуждение центральной и вегетативной нервной системы.

Для некоторых лиц (около 6%) препараты лимонника неэффективны, а в единичных случаях, как это наблюдается и при других стимуляторах, могут вызвать противоположные, «парадоксальные», реакции— ухудшение самочувствия, появление вялости и апатии. Поэтому принимать препараты лимонника допустимо лишь по назначению врача и под его контролем. Лучше всего предварительно испытать препарат на переносимость. Для этого его назначают утром натощак в однократной пробной дозе.

Вопрос о физиологических стимуляторах заслуживает всестороннего изучения. Во время длительных переходов, напряженной ночной работы, больших воздушных перелетов, бессонных ночей и других усиленных физических и психических напряжений применение физиологических стимуляторов, повышающих нервную и мышечную деятельность и понижающих чувство утомления и сонливости, нередко позволяет успешно решать ряд неотложных задач, стоящих перед работниками физического и умственного труда.

Для стимуляции центральной нервной системы в настоящее время применяются преимущественно производные адреналина (американский бензедрин, советский фенамин и первитин) и препараты ореха кола. Так как природа утомления далеко не всегда одинакова, не только желательно, но и необходимо иметь ряд различных стимуляторов, взаимно дополняющих друг друга. Это позволит использовать своеобразные особенности действия тех или других стимуляторов, а в отдельных случаях применять их и комплексно.

Вот почему изыскание и изучение новых стимулирующих и тонизирующих средств, к тому же полученных из отечественного лекарственного сырья, к которым относится и лимонник, имеет большое практическое значение.

★

Проф. В. А. НЕГОВСКИЙ

РЕЦЕНЗИЯ НА СТАТЬЮ ПОДПОЛКОВНИКА МЕД. СЛУЖБЫ З. Л. СТЫЧИНСКОГО „НОВЫЙ МЕТОД ОЖИВЛЕНИЯ УТОПАЮЩЕГО"[1]

Рекомендуемый З. Л. Стычинским метод искусственного дыхания по А. В. Рождественскому полезен и имеет ряд преимуществ по сравнению с другими методами ручного искусственного дыхания, применяемыми для оживления утопающих.

К сожалению, автор статьи не указывает, в каком году Андрей Васильевич Рождественский предложил свой метод. Рекомендуемое А. В. Рождественским подтягивание с помощью полотенца грудной клетки при вдохе также должно быть расценено как полезное мероприятие. Быть может, следует только отметить, что данное мероприятие было рекомендовано И. П. Калистовым (Военно-санитарное дело, № 1—6, за 1939 г.) как самостоятельный метод оживления и по существу сходно с добавлением Нильсона к способу Шефера. Автор статьи не указывает числа качаний в минуту и угла максимального наклона носилок.

По данным некоторых авторов, число двойных поворотов носилок не должно превышать 10 в 1 минуту, угол наклона — 45—50°.

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941 — 1945)

(Продолжение)[2]

16. Повреждения черепа и головного мозга

Абашев-Константиновский А. Л., Воздушная контузия мозга, Рига, 43 стр., 1945.

Абашев-Константиновский А. Л., Распознавание, эвакуация и лечение больных с контузией мозга в условиях войскового и армейского районов, Невропатология и психиатрия, 6, 1944.

Абрамцева З. М., Изменения в соотношении между натрием и хлором в ликворе крови и моче при закрытых травмах черепа, Клиническая медицина, 10—11, 1943.

Адамович А. М. и др., Вопросы вторичной обработки ран черепа, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 3, Свердловск, стр. 18—20, 1943 (Санотдел Уральского военного округа).

Александрова Л. И. и др., К вопросу о профилактике абсцессов мозга и посттравматических эпилептических припадков при огнестрельных ранениях черепа, Невропатология и психиатрия, 12, 4, 1943.

Александровская М. М., К гистопатологическим особенностям слепых осколочных ранений мозга, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 67—68, 1942.

Арендт А. А., К вопросу о вторичной обработке черепно-мозговых ранений, Госпитальное дело, 3—4, 1942.

[1] См. стр. 20 настоящего номера.
[2] См. «ВМЖ», № 1—7, 1947.

Арендт А. А., Поведение хирурга при черепно-мозговых ранениях, в кн. Научные труды госпиталей, в. 1, М., стр. 82—83, 1942; Советская медицина, 9, 1942.

Арендт А. А., Поздняя первичная и повторная обработка ран при черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии, 1—2, 1942.

Арендт А. А., Уход за раненным в центральную нервную систему. Фельдшер и акушерка, 7, 1942.

Аронович Г. Д., Сомато-вегетативные расстройства аппетита, вкуса, обоняния при коммоционно-контузионном синдроме головного мозга, Невропатология и психиатрия, 12, 5, 1943.

Артемьев В. В. и др., Применение современных электрофизиологических методов исследования при боевой травме центральной и периферической нервной системы, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.

Архангельский В. В., Патогенез и морфология травматического пролапса мозга, в кн. Травма нервной системы, Уфа, стр. 70—73, 1942.

Аствацатуров И. А., К некоторым особенностям клиники травматических поражений головного мозга по материалам нейрохирургического госпиталя, Известия Ереванского медицинского института, 1—2, 1944; в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 34—40, 1943.

Астров М. С., Лечебно-эвакуационные принципы при ранениях черепа на ближайших этапах эвакуации, Советское здравоохранение Узбекистана, 1, 1941.

Афанасьев С. В., О помощи черепно-мозговым раненым в войсковом и армейском районах, Вопросы нейрохирургии, 5, 1943.

Ахутин М. Н., Организационные вопросы хирургической помощи черепным раненым, Вопросы нейрохирургии, 1, 1943.

Ашкарянц П. С., Лечение ранений головного мозга и их первичная обработка, Вопросы нейрохирургии, 5, 1943.

Бабкова Н. В., Клиника и лечение абсцессов головного мозга, в кн. Вопросы военной невропатологии, в. 1, б. м., стр. 17—20, 1944.

Бабчин И. С., Инородные тела в мозгу, в кн. Труды Ученого медицинского совета при начальнике МСУ ВМФ, т. 3, в. 6, № 12, М.—Л., стр. 96—103, 1944.

Бабчин И. С., О клинических типах остеомиэлита черепа огнестрельного происхождения, в кн. Сборник научных работ института за третий год Отечественной войны, Л., стр. 107—111, 1945 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Бабчин И. С., О сроках, технике и месте первичной обработки огнестрельных черепно-мозговых ранений, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 1, Л., стр. 73—82, 1942; Сборник научных работ за год Отечественной войны, Л., стр. 138—140, 1942 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Бабчин И. С., Основные принципы этапного лечения огнестрельных черепно-мозговых ранений, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., Медгиз, стр. 5—13, 1944.

Бабчин И. С., Ранние осложнения огнестрельных черепно-мозговых ранений и основные принципы лечения их, в кн. Лечение огнестрельных ранений черепа и головного мозга, Л., стр. 101—114, 1944.

Бабчин И. С. и др., Первая хирургическая помощь при огнестрельных ранениях центральной и периферической нервной системы, Л., Медгиз, 76 стр., 1941 (Б-ка войскового врача).

Бабчин И. С. и др., Об инородных телах в мозгу, Вопросы нейрохирургии, 2, 1944.

Бабчин И. С. и др., Хирургия острого и подострого периода огнестрельных ранений головного мозга, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.

Бакулев А. Н., Глухой шов при поздних обработках черепно-мозговых ран, Хирургия, 11—12, 1942.

Балабан Я. М., Вопросы патогенеза, клиники, классификации и терапии отдаленных последствий закрытых травматических повреждений головного мозга и роль пневмо-энцефалографии в разрешении этих вопросов, в кн. Саратовский военный госпиталь № 360, б. м., стр. 73—113, 1944—1945.

Банайтис С. И., Нейрохирургическая помощь черепным раненым в наступательных операциях, Невропатология и психиатрия, 13, 4, 1944.

Барштейн-Боярский Ю. А. и др., К вопросу об интракаротидных вливаниях некоторых антисептиков при черепно-мозговых ранениях, Невропатология и психиатрия, 14, 3, 1945.

Бассин Ф. В., Электроэнцефалография при ранениях затылочной области, Невропатология и психиатрия, 14, 3, 1945.

Белоков А. Е. и др., Морфология крови и реакция оседания эритроцитов при инфицированных огнестрельных ранениях черепа, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 4, 1943.

Беляева З. В., Случай пулевого сегментарного ранения черепа, осложненный менингитом и абсцессом мозга с наличием газа, Вопросы нейрохирургии, 2, 1943.

Берсеменовский В. И., К вопросу о травматических повреждениях перифери-

ческих нервов, в кн. Вопросы хирургии, М.—Л., стр. 56—59, 1944 (Сборник научных трудов военно-морских врачей, в. 1).
Блинков С. М. и др., Изменения в электроэнцефалограмме при черепно-мозговой травме, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.
Блинков С. М. и др., Альфа-ритм в электроэнцефалограмме при черепно-мозговой травме, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Блохин Н. Н., К патогенезу и терапии последствий боевых травм черепа. (Анализ биохимических сдвигов в организме при боевых травмах черепа), в кн. Труды Физиологического научно-исследовательского института, в. 12, Л., стр. 68—80, 1944.
Блохин Н. Н., К патогенезу отека и коллоидного набухания мозга при травматических повреждениях его, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, в. 1, Куйбышев, стр. 308—313, 1944.
Блохин Н. Н. и др., Изменение морфологического состава крови и ликвора при закрытых травмах черепа, в кн. Ученые записки. Серия естественных наук, в. 1, Л., стр. 167—173, 1945 (Ленинградский институт).
Блохин Н. Н. и др., Клиника, классификация и патогенез последствий закрытых травм черепа, в кн. Ученые записки. Серия естественных наук, в. 2, Л., стр. 131—140, 1945 (Ленинградский институт).
Богданова М. Ф., Амнестический синдром при травмах черепа, в кн. Вопросы военной невропсихиатрии, М., стр. 176—187, 1943.
Боготина Ц. Я., Экстрамедуллярные опухоли (клиника гистологии и хирургическое лечение), Горький, 124 стр. с илл., 1941.
Боевая травма нервной системы, Киров, Военмориздат, 46 стр., 1943 (Военно-медицинская академия).
Болдырева и др., Холестерин при черепно-мозговых ранениях, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Бондарчук А. В., К казуистике огнестрельных ранений головного мозга, в кн. Советская невропсихиатрия, стр. 345—348, 1941.
Бондарчук А. В., Повреждение черепа и головного мозга военного времени, в кн. Бондарчук А. В., Основы военно-полевой нейрохирургии, Л., стр. 7—53, 1942.
Бондарчук А. В. и др., К вопросу о применении глухого шва и непроникающих черепно-мозговых ранениях, в кн. Сборник научных работ за второй год Отечественной войны, Л., стр. 60—64, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).
Бордаков Б. П., Анализ ранней смертности при огнестрельных черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии 63, 2, 1943.
Бордаков Б. П., К вопросу об оперативных вскрытиях твердой мозговой оболочки при огнестрельных травмах черепа и мозга (анализ 44 случаев), Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.
Бордаков Б. П., Метод остановки синусных кровотечений тканевым пластырем при черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии, 9, 5, 1945.
Борисов С. Ф., Изменение глазного дна при ранениях черепа, в кн. Сборник трудов N-ского эвакогоспиталя, в. 1, б. м., стр. 63—66, 1943.
Бромберг Б. И. Хирургическое лечение ранений черепа в армейском районе в условиях наступления, Вопросы нейрохирургии, 9, 5, 1945.
Бротман М. К., К диагностике субдуральных гематом при непроникающих ранениях черепа, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Бротман М. К. и др., К клинике послеоперационного отека мозга при травмах черепа, Вопросы нейрохирургии, 8, 6, 1944.
Брыжин Ф. Ф., О характере патогистологических изменений при травматических повреждениях головного мозга, в кн. Сборник трудов хирургических и урологических клиник, Л., стр. 89—135, 1941 (Военно-медицинская академия Красной Армии).
Брюсова С. С., Синдром сотрясения мозга при закрытой черепно-мозговой травме, Вопросы нейрохирургии, 5—6, 1941.
Булач Х. О., Зрительно-нервные симптомы при огнестрельных ранениях черепа, в кн. Сборник трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской ССР, в. 1, Махач-Кала, стр. 150—158, 1943.
Быховская М. Я., К клинике и патогенезу пролабирования мозга при острогнойных осложнениях огнестрельных ранений, в кн. Материалы по патологоанатомической боевой травме, Киров, стр. 113—116, 1943.
Вагер А. М. и др., Анализ тысячи случаев военных поражений нервной системы, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, стр. 280—289, 1944.
Вайнсберг И. С., Вегетативные синдромы при закрытых ушибах мозга и их лечение, в кн. Сборник научных работ института за второй год Отечественной войны, Л., стр. 41—48, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).
Вайнсберг И. С., О клинике, диагностике и терапии церебральной гипотензии при закрытых травмах черепа, в кн. Сборник научных работ института за вто-

рой год Отечественной войны, Л., стр. 49—53, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).
Заксель Ф. Б., Черепные остеомиэлиты, пахименингитические осложнения и оперативные показания при них, Вопросы нейрохирургии, 8, 4, 1944.
Вальшонок Д. С., Вазомоторные реакции при коммоциях и контузиях мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 159—168, 1943.
Василенко В. И., Влияние этапности и сроков операции на исходы черепно-мозговых ранений, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.
Василенко Ю. В., К клинической характеристике поражений сосудисто-нервного пучка, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 286—306, 1943.
Василенко Ю. В., К патогенезу отдаленных синдромов при травмах центральной нервной системы, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 101—112, 1943.
Василенко Ю. В., Неврологические основания к определению посттравматических форм поражений спинного мозга и его оболочек, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 214—224, 1943.
Велововский И. З., Запросы нейротравматологии к лечебной физкультуре (Тезисы докладов), в кн. Лечебная физкультура при травмах военного времени, М., стр. 61—62, 1944.
Вендерович Е. Д., Классификация последствий закрытых травм головы в рамках состояний головного мозга, их диференциальная диагностика и их режимное лечение, Вопросы нейрохирургии, 7, 1, 1943.
Вергилесова О. С. и Корат Л. Д., К вопросу о типах параличей в результате повреждения моторной и премоторной зон при черепно-мозговых ранениях, Невропатология и психиатрия, 14, 3, 1945.
Визен Э. М., Клиника и диагностика церебральных абсцессов после огнестрельных ранений черепа, Невропатология и психиатрия, 12, 4, 1943.
Визен Э. М., О травмах головы военного времени (Реферат по материалам госпиталей), Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Виккер Я. Л., К казуистике огнестрельных ранений головного мозга. (Реферат), Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Виноградов В. Н., К вопросу о хирургическом лечении ранений черепа (конференция невропатологов и психиатров эвакогоспиталей по травмам нервной системы в Омске, 18 июля 1942), Невропатология и психиатрия, 12, 1, 1943.
Волевич Р. В., Об одномоментном излечении постконтузионных, психомоторных и психосензорных выпадений, в кн. Сборник научных работ, М., стр. 165—170, 1945 (Главный военный коммунистический госпиталь Красной Армии).
Волин М. А., Нарушения обмена веществ в связи с закрытыми травмами черепа, Клиническая медицина, 23, 6, 1945.
Волков А., К вопросу о восстановлении очаговых функций головного мозга у черепно-мозговых раненых после операции, Вопросы нейрохирургии, 9, 6, 1945.
Вольфовский О. И., Некоторые особенности психических нарушений при травматических абсцессах головного мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 192—201, 1943.
Вольфовский О. И., Особенности и типы выхода при коммоционных состояниях, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 110—122, 1943.
Гаек В. Ф. и др., Хирургическая обработка и лечение проникающих ранений черепа в медико-санитарном батальоне, в кн. Военная медицина в условиях обороны Одессы и Севастополя, М., стр. 74—85, 1943.
Газов В. А. и др., Этиогенез церебральных травм, в кн. Сборник научных трудов врачей эвакогоспиталей НКЗдрава Дагестанской ССР, в. 1, Махач-Кала, стр. 159—164, 1943.
Газова О. А. и др., Травматические кисты головного мозга после огнестрельных ранений и их лечение, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, Воениздат, стр. 265—268, 1944.
Газова О. А. и др., Травматические повреждения черепа и их осложнения, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей СибВО, М., стр. 321—325, 1942.
Гаккель В. М., К патологической характеристике боевого огнестрельного ранения черепа и позвоночника, Вопросы нейрохирургии, 5, 2, 1941.
Галкин В. С., Повреждения центральной нервной системы и открытые травмы черепа и мозга, в кн. Боевая травма нервной системы, Киров, стр. 35—42.
Гальчинская О. П., К применению белого стрептоцида при гнойных посттравматических и иного происхождения менингитах, в кн. Вопросы нейротравматологии и психоневрологии, в. 1, Харьков, стр. 113—119, 1941. Библиогр.
Гальчинская О. П., К применению сульфамидов при травматических повреждениях центральной нервной системы, в кн. Сборник работ санитарной службы СибВО, 6, 2, М., стр. 34—50, 1943.
Гамов В. С., Некоторые данные о ранениях черепа по материалам ППГ N-ской армии, в кн. Лечение огнестрельных ранений черепа и головного мозга, Л., стр. 71—80, 1944.

Гарвин Л. И., Опыт лечения черепно-мозговых повреждений, в кн. Сборник научных работ института за второй год Отечественной войны, Л., стр. 65—70, 1944 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).
Гаркави Х. И., Лечение пролапса мозга, в кн. Научные труды госпиталей, в. 1, М., стр. 38—39, 1942.
Гаркави Х. И., Об эпендимитах после черепно-мозговых ранений, Вопросы нейрохирургии, 9, 5, 1945.
Гаркави Х. И., Особенности и классификация открытых черепно-мозговых ранений в условиях Отечественной войны, Госпитальное дело, 3—4, 1942; Вопросы нейрохирургии, 4, 1942.
Гаркави Х. И., Открытые черепно-мозговые ранения в Великой отечественной войне, в кн. Сборник работ госпиталей Горьковского облздрава, Горький, стр. 145—157, 1944.
Гаркави Х. И., Пролапс мозга при огнестрельных черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии, 2, 1943.
Гастев А. А. и др., Изменения глазного дна при травмах черепа, в кн. Сборник научных работ за год Отечественной войны, Л., стр. 110—113, 1942 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. Кирова).
Гейман Е. Я., Общий белок, белковые фракции и остаточный азот крови при закрытых военных травмах черепа, в кн. Ученые записки. Серия естественных наук, в. 2, Л., стр. 160—166, 1945 (Академия наук СССР).
Гейманович А. И., Нервная патология поздних периодов мозговой травмы, в кн. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, стр. 37—46, 1945 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 14).
Гейманович А. И., Общая клиническая патология боевой травмы мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, в. 13, Тюмень, стр. 31—80, 1943.
Гейманович А. И., Очерки мозговой патологии при огнестрельной травме черепа, Вопросы нейрохирургии, 7, 1, 1943.
Гейманович А. И. и Василенко Ю. В., К вопросу о дезинтеграции речи в связи с травмой (джексоновские припадки с приступами речевого расстройства по контузионному типу), в кн. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, стр. 76—85, 1945 (Труды Украинского психоневрологического института, в. 14).
Гейманович А. И. и др., К вопросу о топической диагностике и показаниях к хирургическому вмешательству при огнестрельных ранениях черепа и мозга, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 8—9, 1942.
Гейманович А. И. и др., Новые варианты выпадения спинально-сегментарного типа при ранениях мозговой коры, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 12, Тюмень, стр. 330—336, 1943.
Гейманович А. И. и др., О болевых отдачах при поражениях черепа и мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 12, Тюмень, стр. 188—200, 1943.
Гейманович А. И. и др., Топическая диагностика повреждения черепа и мозга по методам болевых отдач, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 4—5, 1942.
Гейманович З. И., К диференцировке невротравматологического материала в системе госпиталей, Госпитальное дело, 9, 1944.
Гейнисман Я. И., Данные энцефалографии при последствиях закрытых травм черепа военного времени, Невропатология и психиатрия, 12, 1, 1943.
Гейнисман Я. И., Значение энцефалографии в диагностике и терапии последствий огнестрельных проникающих повреждений и закрытых черепно-мозговых травм военного времени, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 57—58, 1942.
Гейнисман Я. И., Проект инструкции по проведению энцефалографии при травматических и огнестрельных черепно-мозговых повреждениях, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 95—96, 1942.
Гойхман В. А., Два абсолютных показания к первичному шву при проникающих ранениях черепа, Вестник хирургии им. Грекова, 63, 1—2, 1943.
Гойхман В. А., Послеоперационное лечение огнестрельных ран черепа, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., Медгиз, стр. 45—64, 1944 (СУ Ленинградского фронта).
Гойхман В. А. и др., Опыт применения противошокового раствора № 28 при черепно-мозговой травме, Вестник хирургии им. Грекова, 64, 5, 1944.
Голант Р. Я. и др., Клиническая группировка психозов и психических нарушений при закрытых травматических поражениях головного мозга, Невропатология и психиатрия, 6, 1943.
Голодец Р. Г., Энцефалография при закрытых травмах черепа с психогенными синдромами, Невропатология и психиатрия, 2, 1943.
Голуб Ф. М., К вопросу о лечении каузалгии, фантомных болей и трофических расстройств, Госпитальное дело, 9, 1944.
Гольдберг Д. Г., Клиника и лечение ранних абсцессов мозга при огнестрельных

ранениях черепа, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, М., стр. 146—159, 1944 (СУ Ленинградского фронта).

Гольденберг М. А., О психическом джексоне при черепно-мозговых травмах, Невропатология и психиатрия, 14, 4, 1945.

Гольденберг С. И., О закрытых травмах мозга с картиной так называемого травматического невроза, Невропатология и психиатрия, 5, 1943.

Гольдштейн Л. М. и Гальперин М. Д., Что дает хирургу и невропатологу рентгенологическое исследование в остром периоде военной черепно-мозговой травмы, в кн. Нервно-психические заболевания военного времени, Л., стр. 95—111, 1945.

Гольман С. В. и др., Повреждения и ранения черепа и мозга, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 5, Калуга, стр. 5—20, 1943.

Горбачев М. С.. Раневые остеомиэлиты черепа, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 12, Тюмень, стр. 175—187, 1943.

Гордова Т. Н., Клиника и течение острых закрытых травм черепа, в кн. Труды психиатрической клиники, в. 8, М., стр. 99—109, 1945 (I Московский ордена Ленина медицинский институт).

Горовой-Шалтан В. А., Амнестические аффективные и психодвигательные расстройства после мозговых травм, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 408—110, 1943 (Среднеазиатский военный округ).

Городецкий Б. М., Осложнения огнестрельных черепно-мозговых ранений по материалам N-ского ППГ, Невропатология и психиатрия, 12, 4, 1943.

Городецкий Б. М., Трепанация черепа и ближайшие ее результаты по материалам N-ского ППГ, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 3, М., стр. 29—34, 1943 (СУ Западного фронта).

Городецкий Б. М., Эмульсия сульфамидов в лечении ран черепа, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 2, М., стр. 40—43, 1943.

Горыня Д. А., Взаимоотношения венозного и ликворного давления при травмах черепа, Вопросы нейрохирургии, 5—6, 1941.

Гращенков Н. И., К вопросу о лечении черепно-мозговых ранений. (Хирургическая тактика в отношении черепно-мозговых ранений), Вопросы нейрохирургии. 6, 3, 1942.

Гращенков Н. И., Операции головного мозга (при ранениях военного времени), Техника молодежи, 4—5, 1943.

Гращенков Н. И., Применение сульфамидных препаратов при лечении черепно-мозговых ранений, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 2, М., стр. 44—49, 1943.

Гращенков Н. И. и др., Клинико-бактериологические параллели при проникающих ранениях черепа, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 9, 1943.

Григоровский И. М., К вопросу о частоте ранних абсцессов мозга после огнестрельных ранений черепа, Вопросы нейрохирургии, 5, 1943.

Григорян С. Т., Опыт борьбы с осложнениями при черепно-мозговых ранениях, в кн. Сборник трудов хирургов полевого подвижного госпиталя, б. м., стр. 12—17, 1944.

Гринштейн А. М., Висцеральная семиотика ранений коры головного мозга, Вопросы нейрохирургии, 8, 4, 1944.

Гуревич З. А., Неврологические синдромы травматических абсцессов теменной доли головного мозга, в кн. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, стр. 110—117, 1945 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 14).

Гуревич М. О., Нервные и психические расстройства при закрытых травмах черепа, М., Медгиз, 180 стр., 1945. Библиогр.

Гуревич М. О., О распознавании психических расстройств, связанных с травмой черепа, Вопросы социальной и клинической невропатологии, 6, 1941.

Гуревич М. О., О травматическом поражении мозга мельчайшими осколками, Невропатология и психиатрия, 11, 5, 1942.

Гуревич М. О., Общие и локальные симптомы при травмах головного мозга, в кн. Травма нервной системы, Уфа, стр. 5—10, 1942.

Гуревич М. О., Травматические поражения головного мозга, в кн. Краткое пособие по невропатологии и психиатрии для военных врачей, Уфа, Башгосиздат, стр. 5—15, 1942.

Гусынин В. А., Некоторые особенности огнестрельных черепно-мозговых повреждений в современной войне. По материалам госпитальной практики, Вопросы нейрохирургии, 1—2, 1942.

Давиденков С. Н., Децеребрационная ригидность семиотики огнестрельной травмы мозга, Вопросы нейрохирургии, 8, 6, 1944.

Давиденков С. Н., Основные вопросы военного невротравматизма, в кн. Труды

1-й хирургической конференции N-ского РЭП, 27—30 июля 1942, б. м., стр. 187—191, 1943.
Детенгоф Ф. Ф., Терапия психических последствий травм черепа, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 411—413, 1943 (Среднеазиатский военный округ).
Димент Л. В., Эпидемический цереброспинальный менингит при ранении позвоночного столба, В помощь медработникам эвакогоспиталей, 8—9, 1942.
Добычин Б. Д., Лечение пункциями абсцессов мозга при проникающих ранениях черепа, Хирургия, 10, 1942.
Дойников Б. С., Закрытые травматические повреждения головного мозга. Краткое пособие для врачей, М., Медгиз, 29 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).
Долгопол М. Б., Несколько случаев удаления металлических осколков из полости черепа при помощи самодельного ручного электромагнита, Хирургия, 10, 1943.
Домагерова О. В., К вопросу об огнестрельных парасактальных ранениях черепа и головного мозга, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, № 11—12, Л., стр. 86—92, 1944.
Дубинина Е. З., Клиника и оперативное лечение слепых ранений мозга, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 21—24, 1943.
Духовная Т. Г., Сосудистые рефлексы при повреждениях головного мозга. Невропатология и психиатрия, 10, 7—8, 1941.
Дьячков С. А., Черепно-мозговые ранения через глазницу, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 3, Свердловск, стр. 62—65, 1943; Вестник офталмологии, 21, 4, 1942.
Еланский Н. Н., О хирургической помощи при ранениях черепа в войсковом и армейском районе, Хирургия, 1, 1943.
Еремин И. К., Лечение огнестрельных ранений черепа по материалам ППГ, Хирургия, 5, 1945.
Ефремов А. П., Краниография на близком фокусном расстоянии при линейных переломах черепа, в кн. Сборник научных работ Киевского окружного военного госпиталя, в. 2., Киев, Медгиз, Украинская ССР, стр. 87—90, 1945.
Желтоножская Ю. К., К вопросу о пневмониях у черепных раненых, Госпитальное дело, 7—8, 1943.

(Продолжение следует)

★

М. Б. ДОЛГОПОЛ

ОБЩИЕ ДАННЫЕ О РАНЕНИЯХ ЧЕРЕПА И ПОМОЩЬ ПРИ НИХ НА РАННИХ ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

(По зарубежной медицинской литературе за 1941—1945 гг.)

В продолжение всей второй мировой войны повреждения черепа все больше и больше привлекали внимание нейрохирургов, хирургов и невропатологов всех стран, принимавших участие в войне. Это объясняется не только увеличением удельного веса этих повреждений в связи с общим возрастанием процента множественных ранений и учащением случаев закрытой травмы черепа, вызванным ростом механизации армии и частотой разрушения крупных зданий в тыловых районах во время воздушных налетов, но также непрерывно происходящим улучшением результатов лечения повреждений черепа. Ряд организационных мероприятий (в разработке которых, по общему признанию, наша страна заняла первое место) позволил существенно улучшить постановку помощи при ранениях черепа по сравнению с прежними войнами. Применение хемо- и пенициллинотерапии в сочетании с улучшением методики более раннего хирургического вмешательства привело к тому, что раненного в череп перестали рассматривать как человека, заведомо потерянного для армии и даже для общества. Естественно, что в связи с этим лечение раненных в череп и контуженных сделалось такой же благодарной отраслью лечебной военной медицины, как лечение раненых при других полостных ранениях. Интерес к травме черепа возрастал медленно, и, несмотря на то, что большинство западных стран вступило в войну еще в 1939 г., крупные работы по вопросам лечения ранений черепа и головного мозга начинают занимать достойное место на страницах зарубежных журналов лишь в 1942—1943 гг., а наиболее крупные и проникнутые новыми идеями работы появляются в зарубежной литературе лишь в 1944 г. Своеобразие обстановки экспедиционной войны, десантных операций и отдаленности тыловых госпитальных баз Англии и Америки от театров военных действий часто накладывали своеобразный отпечаток на постановку лечения раненых, несколько отличающий ее от постановки лечения раненных в череп в армиях континентальных стран. Это сказывалось не только на организации, но и на методике лечения военных повреждений черепа.

А. Статистические данные. По понятным причинам, в медицинских журналах, предназначенных для широкого пользования, исчерпывающие суммарные статистические сведения не публикуются. Скудные статистические данные, помещенные в работах отдельных авторов, могут быть использованы лишь для того, чтобы помочь составить представление о масштабе материалов, которые они отражают.

а. Материалы тылов воюющих стран. До конца 1941 г. американские хирурги в основном имели дело с военными повреждениями при воздушных налетах на территорию Англии, а в конце 1941 г. — также на военные объекты Гавайских островов. Наиболее подробные статистические данные, а также сведения об организационной структуре помощи жертвам воздушных налетов на территории тыла мы находим в работах английских авторов [Джефферсон, Кэйрнс, Боттерелл (Jefferson, Cairns, Botterell)]. По данным Боттерелла и Джефферсона, в потоках раненых после воздушных налетов на территорию Англии до 2,5% пострадавших имели более или менее серьезные повреждения головы, а всевозможные повреждения, включая и самые легкие повреждения покровов черепа, имели место в 75% случаев всех ранений. В другой статье (1945), по Джефферсону, повреждения головы встретились в $^1/_3$ всех случаев; чаще всего они наносились не непосредственно осколками бомб, а при обвалах рушащихся домов и при авариях на транспорте. По данным того же автора, отношение числа убитых к числу раненых во время воздушных налетов было равно при повреждениях черепа 60 : 85. Смертность от повреждений черепа варьировала в различных госпиталях в довольно широких пределах (в зависимости от особенностей контингента раненых того или иного госпиталя).

По данным Клауорда (Cloward), во время налета на военные объекты, расположенные на Гавайских островах (7.XII.1941), ранений черепа пулями не было зарегистрировано. Почти во всех случаях имели место вдавленные переломы, нанесенные осколками шрапнели. Нужно полагать, что в этом случае речь идет об осколках зенитных снарядов, а среди получивших ранения черепа осколками авиабомб непосредственная смертность, вероятно, была велика, и эти раненые не достигали лечебных учреждений.

б. Материалы театров военных действий. Колмерс (Colmers) по материалам тылового госпиталя и литературным данным, приходит к выводу, что введение в снаряжение бойца стального шлема снизило частоту ранений черепа по сравнению с той, которая отмечалась в германской армии в первую мировую войну (вывод не вполне ясный, поскольку и в ту войну в германской армии металлическая каска была на снаряжении, а увеличение частоты множественных ранений во вторую мировую войну привело к увеличению частоты всех полостных ранений, в том числе и ранений черепа, если расчет вести на количество раненых, а не ранений). Наряду с этим, Колмерс признает, что металлический шлем все же не дает полной гарантии от ранения черепа; во вторую мировую войну возросла частота ранений черепа мелкими и мельчайшими осколками бомб (добавим также, мин и ручных гранат), летящими с колоссальной скоростью и способными пробивать не только кость, но и каску. С этим фактом нельзя не согласиться, так как действительно сочетание громадной скорости и малых размеров при наличии острых граней создает у этих осколков сравнительно небольшое лобовое сопротивление при большом запасе живой силы, обусловливая этим большую пробивную способность. Колмерс подчеркивает, что даже в тех случаях, когда эти осколки не пробивают кость, они часто дают субдуральные гематомы, причем иногда при целости наружной пластинки повреждается внутренняя пластинка кости.

Колмэн [Coleman, цитировано по Тернеру (Terner)] указывает, что на 174 296 раненых, достигших лечебных учреждений, повреждения черепа встретились у 6% и дали суммарную смертность 11%. По Леву же (Lowe, из того же источника), частота ранений черепа с повреждениями кости и мозга составила 2% всего числа раненых (со смертностью 37,4%). Оценивая протяженность поверхности черепа по сравнению с размерами всей поверхности тела, этот автор отмечает, что ранения черепа встречаются относительно несколько чаще. По мнению Джексона (Jackson, см. у Тернера), это может быть объяснено положением тела (повидимому, тем, что голова чаще всего высовывается из-за укрытия).

Мак Грайгор (McGrigor) сравнивает статистики двух авторов, относящиеся к 1944 г.: данные Лоу (Low), охватывающие 1 000 случаев «серьезных ранений», и данные Уайльса (Wiles), основанные на изучении 29 000 различных повреждений всех областей тела. Приводим эти данные (см. таблицу на стр. 56).

Таким образом, по разным источникам частота более серьезных ранений мозгового черепа приблизительно равняется частоте ранений лица, шеи и одних лишь покровов мозгового черепа, взятых вместе. Среди более серьезных повреждений мозгового черепа частота проникающих ранений заметно преобладает над частотой непроникающих ранений с повреждением кости. Сходные цифры приводит и Эскрофт (Ascroft) на основании анализа 516 случаев огнестрельных ранений черепа: наряду с 139 непроникающими ранениями с повреждениями костей черепа, встретилось 292 проникающих ранения и лишь 85 ранений покровов черепа. Данные этого автора, преимущественно работавшего не в передовых лечебных учреждениях, нуждаются в расшифровке: несомненно, до него часто не доходили те раненные в череп, которые погибали в первые же часы после ранения (а среди них, конечно, подавляю-

	Из всех черепных ранений	Из всех „серьезных ранений" (Low)	Из всевозможных повреждений (Wiles)
	в процентах		
Мозговой череп без повреждения твердой мозговой оболочки	20	1	
Мозговой череп с повреждением твердой мозговой оболочки	36	1,8	5,3
Лицо, шея, покровы головы	44	2,2	5,5
	100	5	10 8

щее большинство имело проникающие ранения); кроме того, до него не доходило большое количество раненых, имевших, наряду с повреждением одних лишь покровов черепа, более серьезные повреждения других областей тела, требовавшие лечения в соответствующих госпиталях и отделениях. Следовательно, фактически ранения с повреждением костей мозгового черепа, но без повреждения твердой мозговой оболочки, встречались еще реже, чем об этом указано в статистике, приведенной выше. Повидимому, в случае повреждения костей мозгового черепа шансы на одновременное повреждение твердой мозговой оболочки очень велики.

Если разделить всех раненных в череп на две группы (с непроникающими и проникающими ранениями), получатся следующие данные: по Эскрофту, первых было в одной группе ранений 224, вторых — 292 (при этом у 8% раненых с проникающими ранениями имелись сквозные ранения); по данным Идена (Eden), цитированным по Кэйрнсу (Cairns, II), проникающие ранения составили лишь 1/3 всего числа ранений черепа (о причинах столь значительного расхождения данных этого автора с данными Эскрофта сказано было выше). Из немецких авторов Гулеке (Guleke, цитируется по Тернеру) указывает на частоту проникающих ранений, равную 41%. Как уже было сказано, более высокий процент непроникающих ранений черепа получается у тех авторов, которые учитывают все ранения черепа, включая и самые легкие ранения его покровов.

Частота множественных ранений вообще сильно влияет на распределение раненых со «специальными» видами ранений между различными специализированными госпиталями и отделениями. С этой точки зрения интересны данные Идена, работавшего в районе casualty clearing stations, т. е. на том этапе, с которого фактически начинается оказание медицинской помощи и сортировка раненых; поэтому они, вероятно, наиболее близки к истине.

Данные Идена (цитируются по Кейрнсу): 28% раненных в череп имели повреждения еще и других областей тела (см. также ниже в разделе «Организационные вопросы»).

В отношении ранящего оружия данные двух авторов из армий разных воюющих стран показали сходство в оценке частоты пулевых ранений: Гулеке (цитировано по Тернеру) на 147 раненных в череп, поступивших в период боев на линии Мажино, в 20% случаев наблюдал пулевые ранения. Тернер приводит также данные Вулфа (Wolf), который на 393 раненных в череп тоже встретил пулевые ранения в 20% случаев; в ^{2} всех случаев (т. е. в 66%) были зарегистрированы ранения осколками гранат, бомб или снарядов; в остальных случаях — ранения осколками шрапнели и т. п. (рвущихся в воздухе? — М. Д.) снарядов.

Указания на возрастной состав раненных в череп скудны. Гэйнор (Gaynor) отмечает преобладание раненых в возрасте 3-го и 4-го десятилетий (т. е. от 20 до 40 лет); но именно этот возраст вообще преобладает в армии, и потому данные Гэйнора не представляют ничего характерного.

Данные о частоте отдельных более редких форм ранений черепа также приводятся у некоторых авторов. Так, Дресслер (Dressler) считает сравнительно частыми ранения мозга в сочетании с повреждениями придаточных полостей носа, орбиты, сосцевидного отростка. За год ему встретилось 189 случаев таких ранений. В их числе было 34 двусторонних и 122 односторонних проникающих ранения черепа с повреждением лобных, решетчатых или основных пазух. Гэйнор на 156 раненых с проникающими ранениями, прошедших через передовой госпиталь, у 11 человек нашел повреждения синусов (лобных? — М. Д.), у 26 человек назоорбитофронтальные ранения (в том числе у 8 человек трансорбитальные). В той же группе раненых у 5 человек ранения были проникающими в желудочки мозга. Гэйнс (Haynes, II), специально изучавший этот последний вид ранений, считающихся редкими, собрал в течение африканской, сицилийской и западноевропейской кампаний данные о 342 случаях проникающих в мозг ранений; в числе их было 100 случаев транс- и интравентрикулярных ранений. Этот же автор отмечает относительную редкость проникающих ранений с повреждением мозжечка.

Б. Принципы классификации и особенности клинического течения некоторых видов проникающих ранений черепа. Классификация ранений черепа — основа правильного учета и оценки результатов их лечения. Одной из наиболее распространенных является общеизвестная классификация Кешинга (Cushing), на которую ссылается Тернер. Вместе с тем этот же автор приводит и другую, специально охватывающую повреждения при воздушных налетах, классификацию Розе (Rose), которая помещается здесь в несколько сокращенном виде. Розе, наряду с повреждениями, причиненными непосредственно взрывом бомбы, учитывает и те повреждения, которые он расценивает как «непрямой эффект» всей сложной обстановки воздушного налета. Нужно признать, что эти последние повреждения обычно не учитываются при подсчете причиненного воздушным налетом вреда потому, что они не укладываются в наши обычные представления о военной травме. И в этом отношении разбираемой классификации нельзя отказать в известной оригинальности. «Прямой эффект» взрывов авиабомб автор далее разделяет на следующие разновидности: 1) ранения осколками бомб; 2) прямое действие взрывной волны, которое может вызвать: а) у лиц, находившихся очень близко к месту взрыва, тягчайшие повреждения, вплоть до отрывов целых конечностей и даже моментальной смерти; б) у лиц, находившихся недалеко, но не в непосредственной близости от места взрыва, — отбрасывание, нередко сопровождающееся ушибом о какой-нибудь предмет; в) «blast effect», т. е. воздействие взрывной волны и сопровождающего ее сотрясения на легкие, головной и спинной мозг; наблюдается у лиц, подвергшихся действию близкого взрыва и оставшихся в живых; 3) результат действия взрыва на здания: а) повреждения различной степени тяжести, возникающие при обрушивании и обвалах зданий; б) повреждения «вторичными снарядами» — осколками кирпича, стекла, камня и пр.; 4) ожоги: а) от зажигательных бомб; б) возникающие в результате пожаров зданий. «Непрямой эффект» воздушного налета охватывает следующие виды повреждений: 1) «siren injuries» («повреждения от сирены» — очевидно, имеются в виду повреждения, возникающие в связи с суматохой, вызванной сигналом воздушной тревоги); 2) «blackout injuries» («повреждения с синяками», повидимому, закрытая травма с кровоподтеками); 3) утопления в погребах; 4) отравления окисью углерода; 5) ранения осколками зенитных снарядов; 6) изнурение от утомления; 7) психогенный эффект.

Таким образом, эта классификация кладет в основу деления этиологический момент повреждения в бо́льшей степени, чем его патоморфологию, патофизиологию и тяжесть (которые для клинициста являются наиболее важными). Она имеет в виду не только повреждения черепа, но и всевозможные повреждения. Не совсем понятно, почему отравления окисью углерода полностью отнесены в группу «непрямого эффекта», хотя они могут вызываться не только вырывающимся из поврежденных труб светильным газом или угаром при пожаре, но также газами, образующимися при взрыве бомб. Столь же возбуждает сомнение целесообразность отнесения в разные группы ранений осколками от сравнительно далеко разрывающейся бомбы и свободно падающими осколками зенитных снарядов, поскольку механический эффект в обоих случаях почти одинаков. В общем же нужно признать, что, если для клинициста эта классификация представляет ограниченный интерес, все же этиологический принцип деления, положенный в ее основу, имеет ценность с точки зрения возможности проведения в жизнь каких-либо мероприятий, могущих предупредить возникновение некоторых видов повреждений или хотя бы смягчить их тяжесть.

Приводимая Мони (Money) классификация является попыткой разделения и систематизации материала, прошедшего через один черепной центр. С точки зрения последовательного проведения какого-либо одного принципа деления она не выдержана. Но для клинициста она представляет известный интерес, так как каждый ее член охватывает какую-нибудь своеобразную по своим клиническим особенностям группу ранений черепа. Мони различает: 1) ранения одних лишь мягких тканей; 2) повреждения костей черепа без вдавления; 3) непроникающие ранения со вдавлением кости; 4) проникающие ранения черепа с повреждением костей, твердой мозговой оболочки и мозгового вещества; 5) сквозные (очевидно сквозные проникающие, т. е. сопровождающиеся значительным повреждением кости и мозгового вещества) ранения; 6) проникающие (и слепые) ранения с повреждением орбит, придаточных полостей носа, клеток сосцевидного отростка. Все же, помимо того что эта классификация не является полной даже с анатомической точки зрения (например, не содержит ни отдельной группы слепых ранений, ни группы ранений сосудов мозга и его оболочек, ни группы ранений с каналом, проходящим вдоль основания черепа, ни других групп), она, вдобавок, как и всякая иная чисто морфологическая классификация, игнорирует два важнейших фактора ранения черепа: тяжесть неврологических расстройств и тяжесть инфекционного процесса, сопровождающего ранение черепа. Это заставляет снова повторить, что любое повреждение черепа должно быть учтено и охарактеризовано (помимо этиологических факторов) по крайней мере с трех точек зрения: морфологической, неврологической и микробиологической (т. е. тяжести инфекционного процесса). При этом последние два фактора должны учитываться в их динамике, склонности к развитию в ту или иную сторону.

Разбирая одни лишь проникающие ранения черепа [из числа которых Гэйнс (II) исключает вдавленные переломы с одним лишь надрывом твердой мозговой оболочки], автор различает: 1) небольшие неглубоко проникающие раны; 2) глубокие узкие ходы от ранящего снаряда; 3) проникающие ранения с повреждением орбит и придаточных полостей носа; 4) ранения гипоталамуса и среднего мозга; 5) ранения мозжечка; 6) обширные повреждения мозга; 7) транс- и интравентрикулярные ранения мозга. Эта классификация ценна в том отношении, что детально разбирает ту сложную массу ранений, которые обычно просто включают в малоговорящую клиницисту сборную группу «проникающих ранений черепа» (охватывающую все, что угодно: от точечной перфорации твердой мозговой оболочки до трансвентрикулярного ранения или обширнейшего разрушения лобных долей); она, вполне обоснованно с клинической точки зрения, особо выделяет такие клинические разновидности, как, например, ранения среднего и межуточного мозга, ранения желудочков мозга и др. Но и эта классификация не свободна от многих из тех недостатков, о которых было сказано выше по поводу классификации, предложенной Мони. Все же весьма знаменательным является тот факт, что многие авторы стремятся уточнить классификацию ранений черепа путем дальнейшего разделения обычно включаемых в одну какую-нибудь группу видов и подвидов ранений черепа.

Разбирая особенности течения борозд чатых ранений черепа, Гэйнс (II) отмечает, что при них (а также, добавим, и при сегментарных ранениях с короткой хордой) часто встречаются обширные разрушения мозгового вещества; особенно тяжелыми они бывают при ранениях лобной области, причем в этих случаях иногда происходит настоящая «lobectomia necessitatis», не наблюдающаяся при поражениях других отделов мозга (особенно, затылочных). Нужно полагать, что частота лобных травматических лобэктомий в первую очередь объясняется не большей подверженностью лобной области травме (что опровергается некоторыми статистиками), а тем, что раненые со значительными повреждениями других отделов мозга (особенно, затылочного) гибнут рано и не учитываются госпитальными статистиками; т. е. здесь наблюдается параллелизм между травматической и хирургической (или экспериментальной) лобэктомией.

Описывая другой заслуживающий особенного внимания вид проникающих ранений черепа — ранения с обширными разрушениями мозга, Гэйнс (III) отмечает, что они не всегда оказываются смертельными, даже несмотря на имеющееся вначале коматозное состояние. При этом иногда и отдаленные результаты (неожиданно для лечащих врачей? — М. Д.) оказываются неплохими. Патологоанатомические находки в сохранившейся части мозга состоят во множественных петехиальных кровоизлияниях, часто распространяющихся далеко через средний мозг, варолиев мост и мозжечок. Часто бывают видны очаги повреждения мозгового вещества на некотором расстоянии от раневого канала. Обычно находят тромбоз сосудов мозга и синусов твердой мозговой оболочки. Кровоизлияния в мозговом веществе, наблюдающиеся при этих ранениях, обычно сами по себе не являются смертельными; исключение в этом отношении представляют кровоизлияния в полость желудочков мозга, сопровождающиеся высокой смертностью.

Говоря о транс- и интравентрикулярных ранениях, Гэйнс (I) отмечает их относительную частоту (100 случаев на 342 проникающих в мозг ранения). Из их числа 46 сопровождалось обширными разрушениями мозга; в 26 случаях имелись широкие (свыше 1 см) раневые каналы и лишь в 28 — узкие раневые ходы (эти ранения обычно наносились мелкими осколками). Редко доходят до госпиталей раненые с повреждениями третьего желудочка; раненые же с повреждениями области сильвиева водопровода и четвертого желудочка совсем не доходят до хирургов.

Дресслер отмечает особое коварство течения проникающих ранений черепа, комбинированных с ранением придаточных полостей носа — особенно решетчатых клеток и пазух основной кости. Вначале эти ранения кажутся сравнительно невинными, не проникающими в полость черепа; таких раненых нередко эвакуируют в сидячем положении, как «легких». И лишь тогда, когда из раны начинают отходить костные осколки, когда в нее начинает пролабировать некротизирующееся мозговое вещество или когда на почве невидимого снаружи выпячивания мозга в клетки придаточных полостей начинает разыгрываться инфекция мозга и его оболочек, ранение распознают как проникающее с повреждением (и уже развившейся инфекцией) мозгового вещества.

В. Организационные вопросы. Крупные воздушные налеты на Англию вызвали соответствующую организацию помощи в тылу, преимущественно для гражданского населения. Джефферсон (I) так описывает эту организацию. В районе Лондона была создана «Emergency Medical Service» — «EMS» (служба неотложной медицинской помощи) в виде 6 госпитальных центров. Целью этих центров было обслуживание жертв воздушных налетов; их отделения для раненных в череп, в случае наличия свободных коек, принимали также неврологических больных из числа гражданского населения.

а. Из общих вопросов организации помощи раненным в череп в передовом районе прежде всего представляет интерес частота и значение смешанных ранений — черепа и еще каких-либо областей тела. По этому поводу различные авторы приводят такие цифры: у Кэйрнса (III) около 33% всех раненых было с комбинированными (с черепом) ранениями; в другой работе тот же автор (Кэйрнс, II) при-

водит данные Идена — 28% раненых с комбинированными ранениями. Гэйнор указывает на еще бо́льшую частоту комбинированных ранений — около ²/₃ общего числа раненых. Естественно, такой высокий процент комбинированных ранений очень затруднял сортировку раненых и направление раненных в череп в специализированные госпитали. Практически важным результатом этого было то, что в специализированные госпитали (в тех случаях, когда их развертывали впереди общехирургических полевых госпиталей) попадало большое число «непрофильных» раненых, т. е. не требовавших лечения в специализированных для раненных в череп госпиталях. Этому, как пишет Кэйрнс (II) способствовало стремление общих хирургов возможно скорее передать в руки нейрохирургов всех раненых, у которых с большей или меньшей натяжкой можно было говорить о повреждении черепа. В этом потоке «комбинированных» раненых порой просто тонули раненные действительно в череп. Так, Джермэн (Jerman) сообщает, по материалам боев на Среднем Востоке, что в госпитали для раненных в череп первое время попадало лишь 10% действительно «профильных» раненых (т. е. лишь немногим больше, чем их бывает в общем, еще не отсортированном, потоке раненых). Картина существенно изменилась, когда госпитали для раненных в череп были несколько отодвинуты в тыл и поставлены позади общехирургических полевых или передовых (Forward Hospitals) госпиталей. Подобную же картину описывает и Кэйрнс (I): как работавшая в 1940 г. во Франции специально по ранениям черепа бригада Гендерсона (Henderson), так и работавшая в Западной Пустыне бригада Эскрофта получали тоже лишь около 10% «профильных» раненых. В конце концов из этого положения было найдено два выхода: стали либо дислоцировать госпитали для раненных в череп позади «General Hospitals» и «Forward Hospitals» или же делить их штат на две группы, из которых одна работала в районе «casualty clearing stations», принимая участие в сортировке раненых и проводя предварительные лечебные мероприятия, а вторая работала в собственно специализированном госпитале для раненных в череп, развернутом в районе «General Hospitals» и получавшем при такой организации уже отсортированных раненых, действительно требовавших лечения в этом госпитале.

Со своей стороны Эскрофт отмечает, что в обстановке маневренной войны невозможно осуществить полное разделение различных типов ранений в передовом районе, вследствие чего: 1) общим хирургам приходится встречаться со всевозможными ранениями; 2) специалист-нейрохирург получает лишь часть всего количества раненных в череп; поэтому его задачи состоят в том, чтобы: а) лично провести лечение в особенно сложных случаях ранений, б) детально изучить особые виды повреждений и сообщить о полученных результатах. Нужно признать, что Эскрофт в общем правильно определил специальные задачи нейрохирурга; лучшей иллюстрацией этого служат те специальные работы, которые проделали Гэйнс, изучая транс- и интравентрикулярные ранения; Дресслер, Колмэн, Тённис (Tönnis), изучая проникающие ранения с повреждением придаточных полостей носа и т. п. Однако едва ли можно согласиться с пессимистическими высказываниями этого автора по вопросу о возможности осуществления сортировки раненых в передовом районе во время маневренной войны: сказанное выше о разделении черепного госпиталя на два эшелона служит лучшей иллюстрацией того, как вообще нужно правильно разрешать эту задачу. А особенностью маневренной войны является лишь то, что в отдельных случаях может понадобиться выделение большего числа специализированных бригад для работы в районе «casualty clearing stations» и аналогичных им этапов медицинской эвакуации, а также более широкое использование принципа перекатов с переменой ролей, выполняемых разными эшелонами, уменьшающего обезличку, неизбежно связанную с частыми передачами тяжелых, нередко находящихся без сознания раненных в череп, из рук в руки.

б. Специальные кадры и специализированные бригады. Изучение некоторых специальных видов повреждений, наблюдающихся при ранениях черепа (например, ранений синусов твердой мозговой оболочки, трансвентрикулярных ранений, слепых ранений и т. п.), может осуществляться силами нейрохирурга, невропатолога, рентгенолога и патологоанатома. Более же сложные комбинации ранений различных систем черепа, как на это указывает Кэйрнс (III), требует содружества нейрохирургов со специалистами по ранениям других областей черепа — челюстно-лицевой, орбитальной и областей уха, горла и носа. Однако такое содружество нужно не только для разработки научных проблем, но также, как на это указывает тот же автор, и для повседневной практической работы при лечении нередких комбинированных ранений различных систем органов черепа одним и тем же или несколькими ранящими снарядами. А при одновременном наличии ранений еще других областей тела трудно (особенно во время большого потока раненых) обойтись без содействия также и общих хирургов. Затрагивая этот важный вопрос, Кэйрнс все же организационно его не разрешает. Думается, что наиболее полным его решением могло бы быть доведение до логического конца того, что фактически неоднократно практиковалось и у нас, и в армиях других воюющих стран: создание хорошо сработавшихся блоков групп специалистов по ранениям разных областей черепа и овладение каждым отдельным из этих специалистов лечебной и диагностической методикой по смежным для него специальностям.

В отношении создания специальных «черепных» и, в частности, нейрохирургических бригад и групп английская и американская армии заметно отстали, особенно

от Советской Армии. Первые нейрохирургические бригады в английской армии (по Кэйрнсу, II) были созданы лишь в 1940 г. Это были бригады, не имевшие своей рентгеновской аппаратуры и персонала для ухода за ранеными в череп, т. е. бригады чисто операционные, развертывавшие свою деятельность на базе «casualty clearing station» или полевого госпиталя. В 1940 г. во Франции первая из бригад, сформированных по такому принципу, возглавлявшаяся Гендерсоном, почти не успев поработать, попала в плен вместе со своими 800 ранеными. В Бенгази вторая бригада (Эскрофта) успела эвакуироваться вместе с ранеными. Новые организационные формы, естественно, должны были разрабатываться в английской, а затем и американской армиях уже во время войны. Тернер в 1943 г. выдвигал вопрос о такой организации специальной бригады для лечения раненных в череп, при которой она для своей работы нуждалась бы только в предоставлении ей помещения и рентгеновского аппарата (и могла бы развертываться на базе «casualty clearing station» или полевого госпиталя). Понятно, что состав такой бригады должен был иметь известное сходство с составом госпитального отделения для раненных в череп. Так, по Джефферсону, нейрохирургическое отделение упомянутых выше центров в Англии имело в своем штате 1 нейрохирурга, 1 ассистента, 2 общих хирургов, 1 наркотизатора, 1 патолога, 1 электроэнцефалографиста, 2 секретарей. Тернер же предусматривает в составе бригады 1 нейрохирурга, 1 невропатолога, 2 ассистентов, 1 наркотизатора, 2 сестер; по мнению этого автора, такая группа работников, если это понадобится, может делиться на 2 бригады, работающие самостоятельно. Если принять во внимание известные различия в задачах тылового центра и полевых лечебных учреждений, нужно признать, что в составе намеченной вторым из указанных авторов бригады имеется немало сходства с составом работников специализированного отделения, работавшего в Англии.

Гэйнс (II) предусматривает следующий состав операционной бригады, способной производить 12 операций в сутки (кроме нейрохирурга? — М. Д.): в нее должны входить 1 ассистент-хирург, 1 наркотизатор, 1 инструментальная сестра, 2 санитара (medical corpsmen). Такая бригада по своему составу существенно отличается от предлагаемой Тернером. Однако тут опять нужно учесть некоторые различия в задачах: Гэйнс имел в виду чисто операционную бригаду, Тернер же ставил своей бригаде явно более широкие задачи — не только клиническое обследование раненого (включение в состав бригады невропатолога), но и возможность разделения всей бригады на 2 самостоятельно работающих звена (отсюда и удвоение состава некоторых работников).

Вполне понятно, что, помимо операционной бригады, требуется персонал для обслуживания раненных в череп в палатах. Эскрофт предлагает такой состав персонала, обслуживающего отделение на 50 раненых, с преобладанием требующих серьезного наблюдения и ухода: 6 палатных сестер, 12 санитарок и 8 ходячих больных (для подноски носилок, хождения на кухню и пр.). Кэйрнс (III) предусматривает для обеспечения ухода за 40 раненными в череп в течение суток 4 сестер, 4 дружинниц (volunteer aid detachement), 4 санитаров и помощь еще нескольких ходячих больных. Как видно, в расчетах обоих авторов больших расхождений нет.

Важнейшим вопросом является проблема кадров врачей-нейрохирургов. Джермен считает, что специалистов-нейрохирургов не может хватить на весь большой фронт. Поэтому необходимо, чтобы общие хирурги на фронте были в достаточной степени именно общими (т. е. универсальными) хирургами в широком смысле слова: но для этого они и в мирное время должны заниматься лечением травм черепа. Кэйрнс (III) также считает, что в каждой армии необходимо обучать общих хирургов оперированию на черепе и уходу за раненными в череп, так как нейрохирургические бригады должны передвигаться вперед вместе с войсками, оставляя в госпиталях оперированных ими раненых. В другой статье Кэйрнс (II) тоже признает, что специалистов-нейрохирургов нехватает для обслуживания всей массы раненых в череп, которые направляются в специализированные госпитали черепного профиля; и он считает, что прав Джефферсон, который говорит, что общий хирург может обучиться работе с раненными в череп, если он некоторое время проработает под руководством нейрохирурга. Выступая в прениях по докладу Кэйрнса, Джефферсон снова подтвердил, что, по его мнению, опытные хирурги должны овладевать методикой современной нейрохирургии; наряду с этим, он отметил как достижение количественный рост кадров нейрохирургов в армии во время второй мировой войны.

(Продолжение следует)

★

Д-р мед. наук Л. М. СТАРОКАДОМСКИЙ

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ ОБЗОР ИНОСТРАННЫХ ЖУРНАЛОВ

1. Journal of the Royal Army Medical Corps, vol. 85, № 4—5, October—November, 1945
Журнал военно-медицинской службы английской армии, т. 85, № 4—5, октябрь — ноябрь, 1945

№ 4, октябрь

I. K. Drucquer, Заметки врача об английских военнопленных в Италии и Германии, стр. 161—163.
D. M. Baker, R. S. McClell and A. J. Aitken, Заметки об эвакуации по воздуху, стр. 164—172.
H. G. Skinner, О передовом перевязочном пункте, развернутом при транспортировке на мулах, стр. 173—174.
T. Levitt, Транспортировка на мулах в передовые хирургические учреждения, стр. 175—177.
B. Levy, Подвижной перевязочный пункт, стр. 178—179.
T. G. Lowden, О хирургической помощи, стр. 180—184.
M. Sim, Случай психического заболевания унтер-офицера, стр. 184—186.
H. S. Klein, Эпидемия японской водной лихорадки (цуцугамуши), стр. 187—190.
A. W. S. Thompson and J. H. Whittles, «Походный нефрит» в германской армии, стр. 191—198.
Редакционная статья, Прогресс в борьбе с гриппом, стр. 199.

№ 5, ноябрь

Редакционная статья, Красное и серое, стр. 208—211, 3 рис. Краткое сообщение о возникновении и развитии корпуса военно-медицинских сестер английской армии.
P. B. Mitchell, Главные затруднения при развертывании постоянных госпиталей на 600 и 1 200 коек в Норвегии, стр. 228—233.
J. E. Schneider-Green and J. M. Houston, О подкожном введении пенициллина, стр. 234—237. Приведена литература — 2 номера. При подкожном введении 15 000 единиц пенициллина (5 000 единиц в 1 см³ раствора) быстрее достигается наибольшая концентрация пенициллина в крови и происходит более медленное выделение пенициллина из организма, чем при внутримышечном введении.
S. Lewis, Уход за выздоравливающими солдатами, стр. 238—248. Приведена литература — 2 номера. Очерк основных принципов разрешения психо-соматических проблем, которые возникают в отношении выздоравливающих военнослужащих.
R. B. Lucas, Применение метода культур при распознавании амебиаза, стр. 249—251. Приведена литература — 5 номеров. Описание методики получения культур Entamoeba histolytica из кала. Положительный результат получен в 18 случаях амебиаза, когда в мазках были обнаружены амебы, и в 24 случаях, когда в мазках амеб не удавалось обнаружить. В 363 случаях амебы не были обнаружены ни в мазках, ни в посевах.
Редакционные статьи: 1. Применение реакции фиксации комплемента при гонококковых инфекциях и злоупотребление ею, стр. 252. 2. Диференциальная диагностика увеличения желез, стр. 252—253. Приведена литература — 3 номера. 3. Интенсивное лечение псориаза, стр. 253—254. Приведена литература — 3 номера. Лечение проводилось по способу Гекермана: применялась мазь с каменноугольной смолой, ультрафиолетовые лучи и аутогемотерапия. Мазь состоит из мягкого парафина как основы; 2—4% неочищенной каменноугольной смолы, 2% окиси цинка и 50% крахмала. В первый день лечения все больные места кожи покрывают толстым слоем мази, оставляемым на ночь, утром мазь удаляют с помощью жидкого парафина, оставляя на коже тонкий жирный слой, что, как показывает опыт, очень важно. Затем применяют ультрафиолетовые лучи, чтобы вызвать легкую степень эритемы, избегая образования пузырей (рекомендуется раздельно лечить отдельные участки кожи). После этого больной помещается на ½—2 часа в ванну с температурой воды около 35°, причем чешуйки удаляют растиранием. После ванны снова накладывают толстый слой мази, а на ночь повторно покрывают мазью больные участки кожи. Аутогемотерапию проводят, инъицируя цельную кровь по 10 см³ 5 дней с двухдневными промежутками. Для лечения кожи черепа вместо указанной применяют мазь с 5% аммиачной ртути и 5% салициловой кислоты. В 15% из 2 000 случаев возврата болезни не наблюдалось. Период госпитализации больного составляет около 2 недель.

E. G. H. Koenigsfeld, Случай неврита зрительного нерва после вакцинации против бешенства, стр. 254—255. Крайне редкий случай поражений зрительного нерва после инъекций антирабической вакцины в течение 14 дней. Исход — выздоровление.

2. War Medicine, vol. 8, № 1—5, July — December, 1945
Военная медицина (США), т. 8, № 1—5, июль — декабрь, 1945

№ 1, июль[1]

J. E. Leach, Заболевания и дефекты у обучающихся летчиков. I. Сердечно-сосудистая система. II. Легочная система, стр. 1—8.

O. Sugar, Электроэнцефалограмма при синкопальных реакциях. Коллапс в камере с пониженным давлением, соответствующим подъему на высоту 5 400 м, стр. 9—15.

M. Levin, Истерия как умышленный способ удлинить пребывание в госпитале и избежать военной службы, стр. 16—17.

J. P. Cowen, Бригада оптической службы в военном флоте (США), стр. 18—20.

A. A. Goedbloom and A. A. Dumanis, Военное значение стандартной пробы сердечной функции посредством электрокардиограммы на этапах эвакуации, стр. 21—25.

E. S. C. Ford, Принципы и проблемы поддержания работоспособности летчиков-истребителей-бомбардировщиков, стр. 26—31.

L. Linn and M. H. Stein, Психиатрическое исследование при повреждениях ушей взрывной волной, стр. 32—33.

J. J. Kristal, Лечение сульфамидоупорной гонорреи пенициллин-натрием в гарнизонном госпитале, стр. 34—35.

S. A. Sanbler, Камптокормия. Функциональное состояние спины у невротических солдат, стр. 34—45.

№ 2, август

M. Wharton Young, Механизм повреждений от взрывной волны, стр. 73—81, 3 рис. и 6 диаграмм. Приведена литература 20 номеров. В сфере распространения взрывной волны организм испытывает внезапное очень высокое давление и только в черепе кратковременно остается прежнее давление — самое низкое в данный момент, вследствие чего кровь устремляется в полость черепа, что может повести к тяжелым последствиям. Для предупреждения опасного прилива крови к мозгу следует при звуке приближающегося снаряда прижимать яремные вены.

J. W. Hall, jun. and F. K. Hick, Физическое исследование кандидатов на офицерские должности, стр. 82—84. Наблюдения и впечатления при исследовании около 50 000 человек.

M. F. Greiber, Наркосинтез при лечении небоевых психических расстройств за океаном, стр. 85—90. Изложение способа лечения. Описание 5 случаев.

E. N. Harvey, E. G. Butler, J. H. Mc Miller and W. O. Puckett, Механизм ранения, стр. 91—104, 17 рис. Приведена литература — 11 номеров. Изучение действия малого снаряда, движущегося с большой или малой скоростью, на водной и желатиновой среде и на животных, с применением кинематографии и рентгенографии.

B. Heinemann, Исследование на микробов группы шигелла и салмонелла, проведенное в американских войсках в Египте, стр. 105—108. Приведена литература — 4 номера. При 3 078 исследованиях испражнений у 294 больных дизентерией и желудочно-кишечными расстройствами были обнаружены бактерии группы шигелла у 279 человек, группы салмонелла — у 15 человек. Указаны виды этих бактерий.

№ 3, сентябрь

H. S. Evans and H. F. Ziprick, Малые психические реакции у офицеров, стр. 137—142. Приведена литература — 6 номеров. Общий очерк с указанием этиологических моментов, распознавания и лечения. Описаны 3 случая.

B. Cohen and R. L. Swank, Хроническая симптоматология боевых неврозов, стр. 143—145. Описание хронических невротических симптомов, остающихся после «боевого изнурения» у солдат, ранее бывших нервноустойчивыми.

H. R. Erb and D. D. Bohd, Амиталнатриевый наркоз при лечении эмоциональных расстройств боевых летчиков, стр. 146—152. Обзор результатов лечения амиталнатриевым наркозом 311 больных летчиков — 168 офицеров и 143 человек рядового состава; 108 человек (34,7%) возвращены к летной службе, 153 человека (49,2%) направлены к наземной военной службе, 50 человек (16,1%) отправлены во внутреннюю зону для восстановления здоровья.

H. R. Plass, Эмоциональная альбуминурия у возвращающихся из заокеанской службы военных летчиков, стр. 153—155. У 49 из 935 возвратившихся из за-

[1] По не зависящим от редакции обстоятельствам приведены только заголовки статей.

океанской службы летчиков обнаружена альбуминурия различной степени, которую нельзя приписать органическому заболеванию. У 160 офицеров обнаружен белок в моче после взятия у них крови для производства реакции Кана, причем у 111 из них моча, исследованная перед взятием крови, белка не содержала. Эмоциональная альбуминурия является одним из многих проявлений и признаков декомпенсированной деятельности вазомоторов.

A. S. Johnson jun. and M. G. Berry, Азиатский схистосомиаз, стр. 156—162, 5 рис. Приведена литература — 2 номера. Описание и анализ 42 случаев заболевания, вызванного Schistosoma japonicum; клиническое описание 3 случаев. В 67% случаев при сигмоидоскопии были обнаружены патогномоничные изменения в виде небольших желтых узелков на слизистой S-образной кишки, образуемых скоплениями яиц глистов и имеющих важное значение для раннего распознавания болезни.

W L. Anderson and W. M. Wing, Лихорадка цуцугамуши (scrub-тиф), стр. 163—166. Клиническое описание болезни на основании наблюдения 49 случаев.

Ph. A. Tumulty and M. Michael jun., Фарингит, вызванный грибком Monilia albicans, стр. 167—173, 2 рис. Приведена литература — 5 номеров. Авторы наблюдали заболевания 18 солдат острым фарингитом, клинически не отличимым от острого пленочного фарингита, вызываемого бета-гемолитическим стрептококком или дифтерийными бациллами, но при котором возбудителем был дрожжевой грибок Monilia albicans.

№ 4, октябрь

K. K. Kekcheev, Способы ускорения адаптации в темноте и улучшения ночного зрения, стр. 209—220. Перевод с русского. Главы II и III книги К. Х. Кекчеева. Приведено несколько диаграмм и литература — 16 номеров.

Y. Gensh, Синдром отравления кислородом у кошек, стр. 221—228. Целью опытов было выяснить действие кислорода, подаваемого под давлением для дыхания водолазам. Кошки подвергались повторно действию кислорода под давлением до 7,38 кг на 1 см². Наблюдались признаки кумулятивного поражения нервной системы — нарушение некоторых рефлексов, исчезавшее после предоставленного покоя. Происходившие во время опытов судороги являлись следствием поражения коры головного мозга. Патологические изменения различных органов, изучавшиеся на средах под микроскопом, были небольшие.

W. C. Menninger, Развитие психиатрии в армии (США) во время второй мировой войны, стр. 229—234. Очерк организации психиатрической службы, подготовки личного состава, методов лечения и профилактики, значения невропсихиатрии.

J. G. Sheps and F. E. Coburn, Психиатрическое изучение 100 участников сражений, уволенных из армии, стр. 235—237.

F. M. Harrison, Психиатрия на госпитальном судне во время атаки в Пирл-Харбор, стр. 238—243.

J. O. Kepecs, Психические расстройства в войсках Порто Рико, стр. 244—249.

J. C. Mergener, Психозы после лечения малярии хинакрином, стр. 250—252. Обзор литературы вопроса и клиническое описание одного случая.

Ch. W. Miller jun., Замедленные боевые реакции у летного состава, стр. 253—257. Очерк общего характера.

J. Hyman and W. F. Beswick, Измерение кожной сопротивляемости при повреждениях периферических нервов, стр. 258—260. Описано успешное применение электрического дермометра Рихтера для определения изменения кожной сопротивляемости. При перерезке нерва сопротивление кожи увеличивается в области, точно соответствующей потере чувствительности. Посредством дермометра можно быстро выяснить истерический характер чувствительных и двигательных поражений, а также симуляцию.

№ 5, ноябрь—декабрь

L. J. Besançon, Состояние народного здоровья во Франции за время от вторжения врага до освобождения, стр. 283—289. Краткий обзор заболеваемости, вследствие недостаточного питания, туберкулезом легких и прочими болезнями и соображения о способах устранения последствий оккупации.

G. C. Struble, Военные повреждения глаз и зрительных путей, стр. 290—304, 27 рис. Приведена литература — 13 номеров. Описание различных видов боевых повреждений органа зрения без цифровых данных.

G. G. Duncan, Профилактика малярии в боевых воинских частях посредством солянокислого хинакрина (атебрина), стр. 305—318, 7 диаграмм. Описано успешное применение хинакрина в тропиках. Доза 0,1 г 6 раз в неделю при большой физической нагрузке недостаточна. Надежные результаты получаются при даче 0,5 г хинакрина 2 раза в неделю. Продолжительные (3 месяца) приемы хинакрина не вызывают болезненных явлений. Приводятся тщательно проведенные наблюдения.

A. G. Brown, Наблюдения над амебиазом в эвакуационном госпитале, стр. 319—324. Описан способ исследования кала на энтамебы, давший положительные результаты в 243 случаях на 2 533 исследования испражнений 1 589 больных дизентерией.

M. M. Musselman, Болезни питания в Кабанатуане, стр. 325—332. Очерк заболеваний от недостаточного питания американцев-военнопленных на Филиппинских островах. Диэта содержала менее 30 г белков, очень мало витаминов; калорийность диэты — 1 500 калорий.

F. F. Harrison and J. K. Miller, Проблема бациллоносительства по гемолитическому стрептококку среди госпитального персонала, стр. 333—336, 1 диаграмма. Приведена литература — 13 номеров. Описание исследования, произведенного по поводу появления тяжелой инфекции гемолитическим стрептококком у 2 больных, асептически оперированных.

J. B. Dynes, N. N. Springer and F. H. Thomas, Программа по исследованию психики на морском приемном пункте, стр. 337—342.

H. H. Garner, Психические заболевания во время сражения, стр. 343—357. Приведена классификация психических расстройств, возникающих в условиях боя, разобраны причины их возникновения, их тяжесть, длительность и психофизиология. Последняя построена на стремлении спастись от опасности, которому противодействуют другие силы, мотивирующие поведение человека.

H. J. Myers and S. von Kocn, Реактивная депрессия, стр. 358—364. Приведена литература — 14 номеров. Обзор 100 случаев; дано клиническое описание 2 случаев.

E. A. Weinstein and M. H. Stein, Психогенные расстройства верхней части пищеварительных путей в боевых частях, стр. 365—370. Обзор заболеваний невротического происхождения, распознавание и лечение.

O. M. Marchman jun., Заболевания и дефекты у обучающихся летному делу, стр. 371—375. Анализ обследования зрительной системы 344 134 человек. Дефекты и болезни обнаружены у 19 948 человек; 14 748 человек признаны негодными по недостаткам органа зрения, в том числе 1 543 человека — по расстройствам цветоощущения, 7 414 человек — по недостаточной остроте зрения или неправильности рефракции и 8 780 человек — вследствие неправильности внешнего мышечного аппарата глаз.

J. F. Grunnagle, Раннее лечение открытых ран головы, стр. 376—381. Описан способ лечения ранений головы, выработанный на основании опыта во время боевых действий на Филиппинских островах. Рекомендуется возможно быстрая эвакуация; лучшим методом лечения автор считает надлежащее иссечение с удалением костных отломков и закрытие раны без дренажа в первые шесть часов после ранения. Если нельзя избежать дренажа, его надо удалить через сутки. Применяются сульфамиды и пенициллин.

J. W. Johnson jun., Семейный периодический паралич, стр. 382—385. Приведена литература — 9 номеров. Сообщение о 2 случаях наследственного периодического паралича; один случай описан более подробно.

B. Tolnick and W. C. Beck, Определение повреждения периферических нервов посредством реакции, вызываемой гистамином, стр. 386—388. Описана техника исследования.

Ch. C. Randall and H. O. Dunn, Штаммы шигелл, выделенные от больных военнослужащих в Северной Африке, стр. 389—391. Приведена литература — 10 номеров.

★

Поправки от редакции

В № 5 «ВМЖ» 1947 г. стр. 20

Напечатано:	Следует читать:
Подполковник мед. службы Н. Г. Гольдберг.	Полковник мед. службы канд. мед. наук Н. Г. Гольдберг

В № 5 «ВМЖ» 1947 г. стр. 49

Напечатано:	Следует читать:
Засл. деят. науки проф. Л. М. Российский.	Засл. деят. науки проф. Д. М. Российский.

В № 7 «ВМЖ» 1947 г. стр. 27

Напечатано:	Следует читать:
Полковник мед службы В. В. Скворцов	Полковник мед. службы В. В. Скворцов, полковник мед. службы Н. А. Бункин, майор мед. службы М. А. Сибиряков.

СОДЕРЖАНИЕ

Генерал-полковник мед. службы Е. И. Смирнов. Задачи подготовки офицерского состава медицинской службы и роль КУМС в выполнении этих задач 3

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Майор мед. службы В. И. Варламов. Поясничный симптом при аппендиците 16

П. Г. Подзолков. Материалы к вопросу о раке желудка в молодом возрасте 18

Подполковник мед. службы З. Л. Стычинский. Новый метод оживления утопающего 20

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Полковник мед. службы А. С. Георгиевский. Медицинское обеспечение партизанской войны в Югославии 22

ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВВС

Подполковник мед. службы Г. Л. Комендантов и майор мед. службы В. В. Левашов. Ускорения, воздействующие на летчика в полете 29

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Полковник мед. службы, проф. П. Е. Калмыков. Простой метод определения влажности хлеба, муки, крупы и других продуктов, а также готовой пищи 35

Засл. деят. науки проф. Д. М. Российский. Лимонник китайский—новое стимулирующее и тонизирующее средство . . . 41

КРИТИКА И БИБЛИОГРАФИЯ

Проф. В. А. Неговский. Рецензия на статью подполковника мед. службы З. Л. Стычинского „Новый метод оживления утопающего“ 48

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941—1945 гг.). 48

М. Б. Долгопол. Общие данные о ранениях черепа и помощь при них на ранних этапах медицинской эвакуации (по зарубежной медицинской литературе за 1941—1945 гг.) 54

Доктор мед. наук Л. М. Старокадомский. Обзор иностранных журналов 61

Поправка от автора

В № 5 «ВМЖ» 1947 г. стр. 13 напечатана статья капитана мед. службы М. С. Намичейшвили Об уплотненном курсе лечения первичного сифилиса.

Автор т. Намичейшвили просит напечать следующую новую редакцию вывода 3-го:

«Введение сальварсанных препаратов по 0,15 г должно стать правилом при лечении первичного сифилиса у относительно молодых субъектов. Меньшие дозы должны применяться как исключение».

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

10

ОКТЯБРЬ

МЕДГИЗ · 1947

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Майор мед. службы Н. А. Рябко, капитан мед. службы Н. И. Агапов Из опыта организации контроля за физическим состоянием и питанием войск 3
Майор мед. службы А. К. Дахновский. Глазная помощь военнослужащим N-ского гарнизона за период Великой отечественной войны по материалам гарнизонного госпиталя и гарнизонной поликлиники . 7
Майор мед. службы Б. С. Агте. Вопросы диагностики огнестрельных черепно-мозговых ранений в армейском районе 16
Подполковник мед. службы М. И. Островский. К военно-врачебной экспертизе ночного энуреза 22
Капитан мед. службы С. Н. Соринсон. Сульфамидная терапия дизентерии 24
Майор мед. службы В. Н. Климовская. К оценке результатов сульфидинотерапии при гнойных заболеваниях роговицы 27
Н. И. Хохуткин. Опыт лечения пенициллином гонорреи у мужчин . . 31

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Подполковник мед. службы К. С. Петровский. Качественные факторы питания 37

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Полковник мед. службы В. М. Корнеев. Военно-медицинское дело в Отечественную войну 1812 года 42

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

БИБЛИОГРАФИЯ

Гв. подполковник мед. службы С. Н. Черняк. О статье С. Н. Аронова «Некоторые вопросы в организации работы гарнизонных госпиталей» (ВМЖ, № 3. 1947) 50
Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941—1945 гг.) 51
М. Б. Долгопол. Лечение свежих ранений черепа в госпитальной обстановке (по данным зарубежной медицинской литературы за 1941—1945 гг.) 55

★

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Редактор
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН
Зам. редактора
генерал-лейтенант медицинской службы А. Я. БАРАБАНОВ
Секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Ф. Ф. БЕРЕЗКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. ЕЛАНСКИЙ,
полковник медицинской службы С. А. ПОСПЕЛОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
полковник медицинской службы В. В. СКВОРЦОВ,
генерал-майор медицинской службы Л. А. ХОДОРКОВ

10

ОКТЯБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
„МЕДГИЗ" — 1947 — МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Редактор *Н. И. Завалишин* Техн. редактор *А. Ф. Аксенов*

Г 82378. Издается с 1823 г. Сдано в пр-ство 29.VIII.1947 г. Подп. к печати 18.X.1947 г.
Форм. бум. 70 × 108 1/16. Печ. л. 3,5. Уч.-изд. л. 5,9. В 1 печ. л. 67 000 зн.
Тир. 8 800 экз. Цена 2 р. Заказ 534.

13-я тип. треста „Полиграфкнига" ОГИЗ при Совете министров СССР.
Москва, Денисовский, 30

Майор мед. службы Н. А. РЯБКО, капитан мед. службы Н. И. АГАПОВ

ИЗ ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ КОНТРОЛЯ ЗА ФИЗИЧЕСКИМ СОСТОЯНИЕМ И ПИТАНИЕМ ВОЙСК

Предложенный Главным военно-медицинским управлением Вооруженных Сил СССР метод научно-медицинского контроля предполагает планомерный и широкий научно-медицинский контроль за физическим состоянием и питанием войск.

Уже в начале применения в частях округа метода хронометрирования как одного из элементов объективной оценки степени физической нагрузки военнослужащего, а следовательно, и динамики его физического состояния, выяснилось, что для многих войсковых врачей эта работа является новой. Для освоения ее требуется время и организационно-методическая помощь со стороны Военно-медицинского управления округа.

Такую организационно-методическую помощь мы и попытались оказать войсковым врачам. С этой целью в окружной печати были опубликованы инструктивно-методические статьи, мобилизующие внимание не только войсковых врачей, но и общевойсковых командиров к вопросам организации научно-медицинского контроля за физическим состоянием и питанием войск. Кроме того, мы разработали дополнительные указания войсковым врачам о задачах, методике и технике проведения всех элементов научно-медицинского контроля за питанием. При санитарно-эпидемиологическом отряде было организовано методическое бюро для дальнейшей разработки вопросов научно-медицинского контроля и оказания методической помощи войсковым врачам, а в гарнизонах проведены учебно-методические сборы для изучения указаний Главного военно-медицинского управления о научно-методическом контроле. На сборах, при участии среднего звена медицинских работников практически отрабатывалась в частях методика и техника хронометрирования. Завершением этой работы явился прием зачетов на местах в гарнизонах от войсковых врачей по указаниям Главного военно-медицинского управления Вооруженных Сил СССР. Наконец, в учебную программу курсов усовершенствования медицинского состава мы ввели теоретический и практический раздел организации и проведения научно-медицинского контроля за физическим состоянием и питанием войск.

Этим, конечно, далеко не исчерпываются все формы организационно-методической помощи, которую мы должны оказывать войсковым врачам, но нам казалось, что принятое нами направление на первом этапе организации научно-медицинского контроля наиболее целесообразно и относительно полно.

Последующая проверка в частях состояния работы в этой области показала, что большинство руководителей медицинской службы частей достаточно осознало необходимость и целесообразность контроля и усвоило методику и технику его.

Вместе с тем выяснилось, что хронометраж, дальнейшая обработка и анализ материала—весьма трудоемкая работа и часто превышает штатные возможности медицинской службы частей. Кроме того, в частях нет измерительных приборов (весов, ростомеров, динамометров и т. п.),

а это мешает развертыванию работы и сказывается на своевременности и точности. Еще не все руководители медицинской службы научились правильно анализировать результаты научно-медицинского контроля, а главное — использовать эти результаты в практических целях. Отдельные же руководители медицинской службы очень осторожно подходят к применению группового метода хронометрирования и ограничиваются индивидуальным, чем суживают возможности практического использования результатов контроля. Между тем при недостатке хронометражистов и при хорошем подборе обследуемой группы приобретает весьма большое значение групповой хронометраж.

В качестве опыта мы провели групповое наблюдение за воспитанниками Ростовского подготовительного артиллерийского училища. Для наблюдения была выделена группа в 20 воспитанников, работа и быт которых характерны для училища. Возраст и физическое состояние входящих в группу также были относительно однородны. Наблюдения, проведенные в течение 3 месяцев: с ноября 1946 г. по январь 1947 г. над одними и теми же лицами доказали ценность этого метода.

В течение 3 месяцев наблюдения мы установили, что питание воспитанников было вполне удовлетворительным и соответствовало норме довольствия. В пищеблоке был создан такой режим, который давал основание считать, что отпускаемая норма полностью доходит до воспитанников. Контрольные лабораторные исследования рациона показали, что в отдельные дни наблюдается некоторое отклонение фактической калорийности рациона от расчетной, но эти отклонения практического значения не имели.

Распорядок дня, установленный командованием училища, выполнялся. Особых нарушений, способствующих увеличению энерготрат, не наблюдалось. Энерготраты обследуемых были значительно меньше энергетической мощности рациона. За все время наблюдения энергетический баланс был всегда положительным. При этом можно было ожидать, что физическое состояние обследуемых, показателем которого для краткости и простоты мы приняли только вес, должно быть также положительным, а тем более при данном возрасте обследуемых. Однако нарастание веса было неустойчиво и наблюдалось не у всех.

У 45% вес остался без изменения. Во второй месяц прибавило в весе до 1 кг 30%, до 2 кг — 15%, до 3 кг — 15%, до 4 кг — 5% воспитанников. Убавило в весе до 1 кг 5%, вес остался без изменения у 30% воспитанников. В третий месяц наблюдения прибавило в весе до 1 кг 20%, до 2 кг — 25%, до 3 кг — 20%. Вес остался без изменения у 35% воспитанников.

Из приведенных данных видно, что всех обследуемых можно разделить на четыре основные группы: группу систематически и достаточно заметно прибавлявших в весе, группу прибавлявших в весе достаточно устойчиво, группу незначительно и неустойчиво прибавлявших в весе и группу совершенно не прибавлявших в весе.

Так как бытовые условия, питание и физическая нагрузка были у всех одинаковые, а энергетический баланс всегда положительным, две последние группы привлекали внимание и побуждали искать причины медленного и неустойчивого нарастания веса или даже полного отсутствия этого нарастания. Вполне допустимым было предположение, что такой причиной может явиться повышенная эмоциональность или наличие патологического процесса.

Повседневные наблюдения показали, что в группе обследуемых, безусловно, имелись лица с повышенной эмоциональностью. Следовательно, отставание в весе или его неравномерное нарастание в этом случае можно было бы объяснить психогенным фактором. Однако дру-

Динамика энерготрат и физического состояния воспитанников за время наблюдения

Фамилия обследуемого	Возраст в годах	Рост (в см)				Вес в начале наблюдения (в кг)	Вес в конце каждого месяца наблюдения (в кг)			Суточная энерготрата в больших калориях			Энергетический баланс в больших калориях			Нарастание веса по месяцам (в кг)		
		ноябрь	декабрь	январь	разница (в см)		ноябрь	декабрь	январь	ноябрь	декабрь	январь	ноябрь	декабрь	январь	ноябрь	декабрь	январь
О-в	16	155	155	157	+2	49	50	54	56	1 904	2 291	2 045	+1428	+1014	+1388	+1	+4	+2
Л-в	16	156	157	157	+1	54	54	54	57	2 061	2 292	2 084	+1271	+1013	+1349	0	0	+3
Ф-о	17	168	169	169	+1	55	55	58	59	2 096	2 464	2 156	+1236	+ 841	+1277	0	+3	+1
Ш-в	16	168	170	170	+2	58	58	58	58	2 209	2 464	2 124	+1123	+ 841	+1309	0	0	0
Я-й	17	166	166	167	+1	58	59	60	60	2 245	2 543	2 190	+1037	+ 762	+1243	+1	+1	0
М-о	17	178	178	178	0	58	60	62	64	2 284	2 634	2 234	+1048	+ 671	+1199	+2	+2	+2
Ш-ь	16	168	170	170	+2	58	60	60	62	2 280	2 546	2 264	+1052	+ 759	+1169	+2	0	+2
Д-в	17	175	178	178	+3	59	60	62	64	2 283	2 634	2 234	+1049	+ 671	+1199	+1	+2	+2
Е-в	16	175	178	178	+3	59	61	62	62	2 318	2 634	2 266	+1014	+ 671	+1167	+2	+1	0
И-о	16	164	166	166	+2	59	60	60	60	2 277	2 544	2 189	+1055	+ 671	+1244	+1	0	0
А-о	17	168	168	168	0	60	60	63	66	2 280	2 659	2 403	+1052	+ 646	+1030	0	+3	+3
Г-о	17	176	176	179	+3	60	60	62	63	2 283	2 632	2 284	+1049	+ 673	+1149	0	+2	+1
М-н	17	168	169	169	+1	60	60	63	66	2 280	2 659	2 404	+1052	+ 646	+1029	0	+3	+3
М-о	16	169	169	170	+1	61	62	63	65	2 353	2 659	2 368	+ 979	+ 646	+1065	+1	+1	+2
Л-в	16	175	177	177	+2	62	63	62	62	2 389	2 632	2 265	+ 943	+ 673	+1168	+1	−1	0
Л-в	16	177	178	179	+2	63	63	63	64	2 389	2 673	2 234	+ 943	+ 632	+1199	0	0	+1
Т-о	17	170	170	171	+1	63	63	63	63	2 388	2 659	2 283	+ 944	+ 646	+1150	0	0	0
Н-й	17	169	169	170	+1	64	64	65	68	2 422	2 750	2 475	+ 910	+ 555	+ 958	0	+1	+3
К-о	17	178	178	179	+1	65	66	67	68	2 499	2 837	2 475	+ 833	+ 468	+ 958	+1	+1	+1
Б-в	17	167	168	170	+3	66	67	68	68	2 534	2 873	2 475	+ 798	+ 432	+ 958	+1	+1	0

гая часть воспитанников, не имевшая этих особенностей и тем не менее отстававшая в нарастании веса или совершенно не давшая его прироста, требовала иного объяснения. Его мы склонны были искать в индивидуальной патологии обследуемых.

Детальное наблюдение и врачебное исследование всей группы обнаружили, что среди лиц, не имевших увеличения веса или имевших неравномерный и неустойчивый прирост его, один человек болен туберкулезом легких и 7 человек являлись гельминтоносителями. У одного из гельминтоносителей мы, кроме того, заподозрили туберкулез.

Таким образом, отсутствие нарастания веса или же неустойчивое и неравномерное его нарастание находит объяснение в наличии у обследуемых патологических явлений, которые при систематическом наблюдении и правильном анализе результатов наблюдения обнаружить нетрудно.

Выводы

1. Предложенный Главным военно-медицинским управлением Вооруженных Сил СССР метод научно-медицинского контроля является объективным методом контроля за физическим состоянием и питанием войск и дает войсковому врачу средство своевременно обнаруживать предпатологическое состояние и индивидуальную патологию у членов войскового коллектива.

2. Групповой хронометраж вполне приемлем и достаточно точен для применения его в однородных войсковых коллективах и использования его результатов в практических целях.

3. Применение метода научно-медицинского контроля целесообразно и в таких коллективах, где энергетический баланс может являться заведомо положительным. В этом случае он позволяет своевременно обнаруживать не только отдельных лиц, но и целые группы, физическое состояние которых обусловливается индивидуальной патологией.

4. Систематический и правильный анализ результатов контроля указывает войсковому врачу пути к широкому проведению оздоровительных и профилактических мероприятий.

★

Майор мед. службы А. К. ДАХНОВСКИЙ

ГЛАЗНАЯ ПОМОЩЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ N-СКОГО ГАРНИЗОНА ЗА ПЕРИОД ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ ПО МАТЕРИАЛАМ ГАРНИЗОННОГО ГОСПИТАЛЯ И ГАРНИЗОННОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

В настоящей статье мы попытаемся подытожить работу офталмолога в горнизонном госпитале и гарнизонной поликлинике за годы Великой отечественной войны. Статья написана на основании историй болезни глазных больных и обследуемых N-ского гарнизонного госпиталя и амбулаторных карточек первичных глазных больных и обследуемых, прошедших через гарнизонную поликлинику за 1941—1945 гг.

В глазное отделение поступали больные и раненые преимущественно из частей гарнизона и лишь в немногих случаях с фронта, а также больные с отдаленными последствиями и осложнениями боевых ранений глаз.

На базе госпиталя в 1942—1944 гг. частично вела учебную работу глазная клиника Военно-морской медицинской академии (нач. кафедры Е. Ж. Трон). Это дало возможность пользоваться высококвалифицированной офталмологической консультацией. Глазную помощь военнослужащим в госпитале и гарнизоне в основном оказывал один и тот же офталмолог. Объем его работы характеризует табл. 1.

Таблица I

	Вид работы	Количество больных	
		в абсолютных числах	в % к общему количеству глазных больных
Амбулаторная помощь	Амбулаторный прием первичных больных	7 120	71
	Прием повторных больных	569	6
	Консультация в воинских частях	417	4
	Прием членов семей военнослужащих и пр.	306	3
Стационарная помощь	Помощь в глазном отделении госпиталя	1 014	10
	Консультация в других отделениях	608	6
	Всего	10 034	100

Но для данной статьи использована только часть материалов, а именно — 7 120 первичных амбулаторных больных и 1 014 стационарных.

1. Амбулаторная глазная помощь

За годы Великой отечественной войны через гарнизонную поликлинику прошло 7 120 первичных глазных больных (18% всех вообще первичных больных), в том числе рядового и сержантского состава 87,1%, офицерского состава 5,3%, военнообязанных 7,6%.

Свыше 1/3 амбулаторных больных и обследуемых были направлены органами комплектования армии (пересыльный пункт облвоенкомата,

райвоенкоматы и военно-врачебные комиссии: гарнизонная и эвакопункта) и около $^2/_3$ больных — из воинских частей гарнизона. Преобладали больные в возрасте от 20 до 45 лет; родившихся в 1889—1900 гг. было 17,9%, в 1901—1927 гг.— 70,1%.

По времени пребывания в армии глазные больные и обследуемые распределяются таким образом: прослуживших в армии до 6 месяцев — 16%, от 6 до 12 месяцев — 9%, свыше 12 месяцев — 67,4%; военнообязанных — 7,6%. Среди больных и обследуемых, служивших в армии свыше 12 месяцев, преобладали лица, перенесшие ранения и заболевания, полученные на фронте.

По характеру поражения органа зрения амбулаторные больные распределяются на следующие группы: 1) с травмами органа зрения, полученными в гарнизоне, 2) с отдаленными последствиями боевых травм глаза, 3) с заболеваниями глаз, 4) с аномалией рефракции и 5) свидетельствуемые. Характер травм (односторонних) органа зрения показан в табл. 2.

Таблица 2

Характер травмы	Число случаев	%
Ранения		
Век	4	0,056
Конъюнктивы глазного яблока	5	0,07
Роговицы	29	0,41
Проникающие ранения глазного яблока	8	0,11
Орбиты	2	0,028
Контузии		
Глазного яблока	2	0,028
Орбиты	2	0,028
Ожоги		
Век	2	0,028
Конъюнктивы	2	0,028
Роговицы	6	0,08
Всего	62	0,86

Характер отдаленных последствий боевых травм органа зрения виден из табл. 3.

Интересно отметить, что не встретилось ни одного случая симпатического воспаления глазного яблока.

Анофталм наблюдался в 1% всех случаев. Таким образом, непосредственная потребность в косметических глазных протезах выразилась в 1% по отношению ко всем амбулаторным глазным больным. Часть больных подлежала восстановительной глазной хирургии придатков глаза.

Характер глазных заболеваний среди амбулаторных больных представлен в табл. 4.

Заболевания глаз были примерно у 35% амбулаторных глазных больных. Наибольший удельный вес имели: трахома (7,3%), фликтенулезные керато-конъюнктивиты (6,4%), миопические хориоретиниты (4%), катарральные конъюнктивиты (3,5%). Заболевания заднего отрезка глаз, исключая миопию и травмы, составили 1,2%.

Таблица 3

Отдаленные последствия боевых травм органа зрения	Число случаев		В % к общему числу глазных больных
	односторонних	двусторонних	
Послетравматические деформации и остеомиэлиты орбиты	14	—	0,20
Рубцовые деформации и дефекты век (выворот, заворот, птоз, лагофталм, колобома, симблефарон)	66	13	1,12
Послераневой дакриоцистит	10	—	0,14
Помутнение роговицы (лейкома простая и сращенная)	116	46	2,28
Рубцы склеры	6	—	0,08
Травматическая катаракта	34	—	0,48
Травматический хронический иридоциклит	54	—	0,76
Помутнение стекловидного тела	18	2	0,28
Травматические повреждения сосудистой оболочки, сетчатки и зрительного нерва (хориоретиниты, разрывы, атрофии)	92	8	1,40
Вторичная глаукома	10	—	0,14
Гемофталм	4	—	0,05
Эндофталмит	2	—	0,02
Атрофия и субатрофия глазного яблока	61	—	0,86
Гемианопсия	2	—	0,02
Травматический паралич наружных глазных мышц	4		0,17
Анофталм	71	—	1,00
Всего	564	77	9,00

Таблица 4

Наименование заболевания	Число случаев		В % к общему числу глазных амбулаторных больных
	односторонних	двусторонних	
Флегмона орбиты	2	—	0,03
Воспалительные заболевания век	140	37	2,5
Врожденные недостатки век	4	2	0,08
Острые катарральные конъюнктивиты	52	198	3,52
Фликтенулезные конъюнктивиты	42	150	2,7
Прочие заболевания конъюнктивы	12	102	1,6
Фликтенулезные кератиты	82	180	3,7
Прочие заболевания роговицы	112	92	2,87
Трахома I стадии	—	150	2,1 } 7,3%
II стадии	—	176	2,48 } 7,3%
III стадии	—	188	2,64 } 7,3%
IV стадии	—	8	0,11 } 7,3%
Эписклериты и склериты	—	2	0,03
Катаракты различной этиологии, в том числе врожденные	42	32	1,04
Ириты и иридоциклиты	40	18	0,81
Врожденные недостатки радужки	6	4	0,14
Хориоретиниты, невриты, атрофии зрительного нерва нетравматической этиологии	26	62	1,23
Врожденные недостатки	4	16	0,28
Миопические хориоретиниты	4	280	4,00
Глаукома	—	10	0,14
Гемералопия эссенциальная	—	6	0,08
Содружественное косоглазие	39	55	1,31
Паралитическое косоглазие	4	8	0,17
Дакриоциститы	62	10	0,01
Всего	673	1 786	34,55

Характер аномалий рефракции глаз среди больных и обследуемых виден из табл. 5.

Таблица 5

Аномалии рефракции	Число случаев		В % к общему числу глазных больных
	односторонних	двусторонних	
Миопия			
От (—) 1,0 до 3,0 D	20	429	6,3
„ 3,0 до 6,0 D	18	471	7,68
Выше 6,0 D	12	180	2,70
Простой миопический астигматизм			
От 1,0 до 2,0 D	14	258	3,81
Выше 2,0 D	4	108	1,57
Гиперметропия			
От (+) 1,0 до 3,0 D	14	365	5,32
Выше 3,0 D	12	165	2,50
Простой гиперметропический астигматизм			
От 1,0 до 2,0 D	12	212	3.14
Выше 2,0 D	10	137	2,07
Сложный миопический астигматизм	10	89	1,39
Сложный гиперметропический астигматизм	6	88	1,31
Смешанный астигматизм	8	4	0,17
Неправильный астигматизм	10	2	0,17
Пресбиопия	—	47	6,61
Всего	150	2978	43,93

У 830 человек (11,66%) не обнаружено никаких патологических изменений органа зрения.

Нуждались в очках для постоянного пользования или для дали 2 658 человек (не считая лиц со старческой дальнозоркостью), при этом коррекция недостатков рефракции глаз оптическими стеклами позволяла признать годными к военной службе 72% этих лиц.

На основании приказа НКО № 336 1942 г. признано негодными к военной службе 11,8% глазных больных и обследуемых.

Для стационарного лечения направлено в гарнизонный госпиталь 12% всех первичных больных поликлиники.

Повторных глазных больных оказалось лишь 8% ко всему числу первичных глазных больных.

Офталмолог провел в частях 63 консультации в присутствии врачей части, осмотрев 417 человек. Отобранных при консультации больных врачи части направляли для лечения или обследования в гарнизонный госпиталь.

Амбулаторное лечение при воинских частях проводилось по указанию гарнизонного офталмолога. Повторные глазные больные направлялись в поликлинику только на повторную консультацию, для амбулаторных операций или в случае неуспеха амбулаторного лечения при части.

Лечение в поликлинике проводилось общепринятыми способами. Иногда применялись новейшие лечебные средства (стрептоцид, сульфидин, альбуцид, пенициллин и др.).

Амбулаторных глазных операций сделано 156 (оперировано 2,1% первичных глазных больных). В числе операций были: удаления поверхностных инородных тел роговицы и слизистой, разрезы абсцессов и ячменей век, экспрессия трахомных зерен, удаления халяционов, мел-

ких кист и папиллом век, удаления птеригиумов, наложение швов на кожные раны век и бровей и пр. С косметической целью операции во время войны не производились. Нагноений и осложнений при амбулаторных операциях не было.

2. Стационарная глазная помощь

За годы Великой отечественной войны в глазном отделении госпиталя закончило лечение 5,5% всех больных, лечившихся в госпитале. Глазные больные по воинскому званию распределялись так: красноармейцев и сержантского состава 84%, офицерского состава 9%, военнообязанных 7%.

Больные и обследуемые, направленные в госпиталь органами комплектования армии (пересыльный пункт облвоенкомата, райвоенкоматы и военно-врачебные комиссии), составляли 29% всех поступивших. Среди стационарных больных родившиеся в 1891—1900 гг. составляли 11,5%, в 1901—1927 гг. — 88,5%.

По общему характеру повреждения и заболевания глаз поступивших на лечение в гарнизонный госпиталь военнослужащих можно разделить на четыре основные группы: 1) с травмами, полученными в гарнизоне, 2) с отдаленными последствиями и осложнениями боевых травм глаза, 3) с заболеваниями глаз и его придатков, 4) свидетельствуемые.

Характер травм органа зрения, полученных в гарнизоне, показан в табл. 6.

Таблица 6

Ранения	% к общему числу больных
Придатков глаза	0,98
Конъюнктивы	0,29
Роговицы	0,79
Проникающие ранения глазного яблока	1,10
Орбиты	0,19
Контузии	
Глазного яблока	0,19
Орбиты	0,19
Ожоги	
Век	0,29
Конъюнктивы	0,29
Роговицы	0,19
Всего	4,5

2% отмеченных в табл. 6 травм получены при обучении, 2% — при работе и 0,5% — случайные. Среди травм глаза, полученных при обучении, чаще всего ранящим оружием были осколки гранат, а среди травм, полученных при работе, — ранения осколками металла от обрабатываемой детали или от инструмента.

В большинстве случаев причиной травм являлись нарушения уставных положений и правил техники безопасности.

Практически оказались тяжелыми только проникающие ранения глазного яблока. О каждом случае серьезного повреждения глаза и его придатков начальник госпиталя доносил начальнику гарнизона, командиру соответствующей части и в военный округ для принятия надлежащих мер.

В первые три дня после повреждения поступило 10,2% пострадавших. Первая медицинская помощь до госпитализации в преобладающем большинстве случаев оказывалась медицинским работником (наложение

асептической повязки). Самопомощь и взаимопомощь имели место в 14% случаев.

Характер отдаленных последствий и осложнений боевых травм глаза представлен в табл. 7.

Таблица 7

Наименование отдаленных последствий и осложнений боевых травм глаза и его придатков	Всего больных	В % к общему числу
Остеомиэлиты орбиты	3	0,29
Травматические дефекты и рубцовые деформации век (колобома, заворот, выворот, лагофталм, птоз, анкилоблефарон, симблефарон и укорочение конъюнктивальной полости)	40	3,93
Атрезии слезных путей	6	0,59
Послераневые дакриоциститы	10	0.98
Паралитическое косоглазие	6	0,59
Лейкомы роговицы (простые и сращенные)	12	1,19
Травматические иридоциклиты	30	2,95
Травматическая катаракта	11	1,10
Помутнение стекловидного тела	8	0,79
Вторичная глаукома	3	0,29
Разрывы сосудистой оболочки, послетравматические хориоретиниты и атрофии зрительного нерва	11	1,08
Отслойка сетчатки	2	0,19
Внутриглазные инородные тела	12	1,19
Вторичный эндофталмит	2	0,19
Атрофии глазного яблока	23	2,27
Всего	179	17,62

Раненные в боях поступали в глазное отделение госпиталя в различные сроки с момента ранения — от 3 месяцев до 3 лет. Больше всего было поражений глаз осколками мин (около 40%), затем следуют ранения осколками снарядов, гранат, авиабомб, пулями, вторичными осколками и колющим оружием.

Первая помощь ограничивалась асептической повязкой и оказывалась в большинстве случаев санинструктором или фельдшером. 35% этого рода больных прошли через МСБ. Большинство лечилось во многих эвакогоспиталях (от 3 до 7).

Больные с травматическими дефектами и рубцовыми деформациями век поступали в госпиталь для пластических операций. Преобладающее большинство этих больных после лечения оказалось годным к военной службе.

Сравнительно много было больных с хроническими травматическими иридоциклитами, а также с атрофиями глазного яблока.

Характер заболевания органа зрения (737 больных) виден из табл. 8.

Военнослужащие, подлежащие стационарному обследованию, среди глазных больных составили 5,13%. Среди них преобладали лица с недостатками рефракции, преимущественно астигматики.

Офталмолог консультировал также 608 больных в других отделениях госпиталя (3% всех госпитальных больных). Глазные заболевания были по преимуществу сопутствующими или же глазными симптомами других заболеваний.

Лечение глазных больных проводилось как общее, так и местное.

При фликтенулезных керато-конъюнктивитах применялась витаминная диэта, хлебные дрожжи, рыбий жир, хлористый кальций, аутогемотерапия, общее облучение кварцевой лампой, переливание консервированной крови, внутримышечные инъекции рыбьего жира по Филатову и т. д.; местно применялись субконъюнктивальные инъекции консерви-

Таблица 8

Наименование заболевания органа зрения	В % к общему числу больных	
Флегмоны орбиты	0,29	
Воспалительные заболевания век (абсцессы, рожистое воспаление, экзема, пиодермия, сикоз и пр.)	4,05	
Конъюнктивиты	23,29	
Из них: 1) катарральные	(8,59)	
2) фликтенулезные	(12,63)	
Трахома I стадии	1,58	21,6
II „	2,27	
III „	16,67	
IV „	1,10	
Дакриоциститы	2,37	
Заболевания роговицы	11,85	
Из них: 1) фликтенулезный кератит	(8,10)	
2) гнойная язва роговицы	(1,29)	
3) герпетический кератит	(0,96)	
Склериты	0,19	
Содружественное косоглазие	0,79	
Ириты и иридоциклиты	2,36	
Из них: 1) ревматические	(1,10)	
2) сифилитические	(0,39)	
3) токсикоинфекционные	(0,29)	
4) туберкулезные	(0,19)	
Старческие катаракты	0,59	
Заболевания зрительно-нервного аппарата глаза (хориоретиниты, невриты и субатрофия зрительного нерва)	1,39	
Первичная глаукома	0,79	
Атрофия глазного яблока после перенесенных заболеваний	1,39	
Прочие заболевания	1,78	
	72,75	

рованной крови, а также кислорода. Результаты лечения в общем были удовлетворительными.

Больных трахомой лечили общепринятыми способами: терапевтическим и хирургическим. При трахомном трихиазе век производилась пересадка хряща уха на край век (по собственному способу). Результаты хорошие. При осложнениях трахомы катарральными конъюнктивитами часто помогала местная сульфамидная терапия. В единичных случаях применялся пенициллин, впрочем, он давал не всегда одинаковый лечебный эффект.

При глазных травмах и их последствиях преобладал хирургический метод лечения. Широко применялась физиотерапия: общее облучение кварцевой лампой, гальванический воротник, ионтофорез кальция и пр.

Всего в глазном отделении произведено 504 глазных операции (табл. 9).

Операции на орбите и веках составляют 6,4% всех операций, восстановительно-пластические операции на веках и слезных путях — 6,7%, операции на веках при осложнениях трахомы — 9,7%, операции со вскрытием глазного яблока — 7,4%.

В одном случае на 5-й день после пластической операции образования конъюнктивальной полости путем свободной пересадки кожи по Вульфе-Краузе появилось нагноение трансплантата, в результате — неполное его приживление. В одном случае на 3-й день после дакриоцисториностомии по Тотти появилось вторичное кровотечение из операционной раны через нос. Однако это осложнение не отразилось на конечном исходе. В двух случаях гнойной язвы роговицы термокаутеризация не остановила процесса, только после парацентеза роговицы при обычной медикаментозной терапии язва регрессировала.

Таблица 9

Наименование операции	Число операций: абсолютное	Число операций: в % к общему числу больных
Хирургическая обработка ран орбиты и век	9	6,4
Хирургическая операция на орбитах	3	
Хирургическая операция на веках	20	
Пластическая операция на орбите	3	6,4
Пластическая операция на веках	21	
Пластическая операция на конъюнктивальной полости	8	
Операция против трахомного трихиаза и заворота век	49	9,7
Пластическое восстановление слезных путей по Мораксу	2	7,6
Удаление слезного мешка со свищом	4	
Операция на слезных путях по Тотти	32	
Периэктомия слизистой глаза по Бекману	68	16,9
Трансплантация хряща уха на лимб по Орлову	10	
Трансплантация слизистой губы по Денигу	7	
Термокаутеризация язвы роговицы	15	2,8
Хирургическая обработка раны глазного яблока	5	5,3
Парацентез роговицы	7	
Оптическая иридэктомия	2	
Антиглаукомная иридэктомия с разрезом по Гайе	5	
Удаление травматических и старческих катаракт	8	
Удаление инородных тел роговицы	47	9,3
Удаление инородных тел из передней камеры	3	2,0
Удаление инородных тел из радужки	3	
Удаление инородных тел из цилиарного тела	1	
Удаление инородного тела из полости глазного яблока	3	
Энуклеация глазного яблока	38	7,6
Операция косоглазия	4	0,8
Прочие операции (удаление птеригиума, кантопластика, тарзоррафия, вторичный шов век, экстирпация хряща века, вскрытие абсцессов век, флегмоны слезного мешка, орбиты, экспрессия трахомных зерен, татуаж роговицы, операция против выворота слезных точек и пр.)	127	25,2
Всего	504	100

Таблица 10

Наименование заболевания	Количество: годных к военной службе, строевой: в абсолютных числах	в % к общему числу больных	нестроевой: в абсолютных числах	в % к общему числу больных	негодных: в абсолютных числах	в % к общему числу больных	всего: в абсолютных числах	в % к общему числу больных
Травмы и их последствия	123	12,2	90	8,8	13	1,28	226	22,3
Фликтенулезные кератоконъюнктивиты	182	18,0	16	1,5	12	1,18	210	20,7
Трахома	185	18,3	23	2,2	11	1,08	219	21,6
Прочие заболевания	293	29,0	31	3,0	35	3,46	359	35,4
Всего	783	77,5	160	15,5	71	7,0	1014	100

Осложнений во время производства операций не было. Все операции производились под местной анестезией, кроме одной — удаления инородного тела из орбиты, проведенной под эфирным наркозом.

Средний койко-день по глазным заболеваниям и травмам равен 24,5 дня.

Исходы лечения по преобладающим заболеваниям представлены в табл. 10.

Таким образом, после лечения оказались годными к военной службе 93% всех стационарных глазных больных.

Выводы

1. Амбулаторные больные составили 18% всех больных, стационарные больные глазного отделения — 5,5% всех больных госпиталя, в консультациях офталмолога нуждались 3% всех госпитальных больных.

2. Отношение стационарных глазных больных к первичным амбулаторным глазным больным равно 1 : 7.

3. Основной контингент глазных больных в поликлинике — рефракционные и обследуемые. Преобладающими глазными заболеваниями в госпитале явились: травмы и их последствия, трахома, фликтенулезные керато-конъюнктивиты и острые катарральные конъюнктивиты.

4. Резко преобладают заболевания переднего отрезка глаза. Заболевания и повреждения заднего отдела глаза среди первичных амбулаторных больных составляют 6,91% и среди стационарных больных — 2,57%.

5. Среди стационарных глазных больных привлекает внимание большое количество атрофий глазного яблока как отдаленное последствие заболеваний и травмы глаза (5,12%). Необходимо разрешить проблему профилактики атрофии глаза и лечения субатрофичных глаз.

6. Среднее время пребывания глазного больного в госпитале равно 24,5 дня.

7. Восстановительно-пластические операции на веках составили 6,7% всех стационарных операций, полостные операции со вскрытием глазного яблока — 7,4%.

8. Среди амбулаторных больных после лечения оказались негодными к военной службе 11,8%, а среди стационарных — 7%. Такое различие объясняется тем, что в поликлинике годность к военной службе определялась, как правило, для больных с законченным процессом и после предварительного отбора в частях и райвоенкоматах. В госпитале же годность к военной службе определялась главным образом исходом лечения того или иного заболевания.

9. Ввиду частоты рецидивов фликтенулезных керато-конъюнктивитов настоятельно требуется найти такие способы лечения и профилактики, которые предупреждали бы эти рецидивы. Тканевая терапия по Филатову-Краузе в этих случаях еще мало испытана.

10. Опыт консультационной работы, а также множественность поражений при военных травмах показывают, что офталмологу необходимо овладеть знаниями по смежной с офталмологией области медицины и прежде всего быть знакомым с заболеваниями придаточных полостей носа и заболеваниями и повреждениями мозга.

11. В каждом госпитале для успеха работы офталмолога необходима современная глазная аппаратура, хороший офталмологический инструментарий и достаточно подготовленный средний и младший медицинский персонал.

12. При отборе для комплектования армии офталмолог обязан определять не только общую годность обследуемых к военной службе, но и годность их и по родам войск, и даже по отдельным специальностям.

★

Майор мед. службы Б. С. АГТЕ

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ РАНЕНИЙ В АРМЕЙСКОМ РАЙОНЕ

Вопросам диагностики черепно-мозговых ранений посвящена большая литература, о них подробно трактуется в учебниках хирургии. Однако опыт Великой отечественной войны заставил отметить ряд своеобразных моментов в клинике этой травмы, симптоматология которой настолько изменчива и непостоянна, что Н. Н. Бурденко говорил даже о «хаосе симптомов».

Известно, что при больших травмах мозга в остром периоде не бывает тех неврологических картин, которые свойственны некоторым даже небольшим очаговым поражениям мозга нетравматического характера.

Во время боев в полевых условиях производить длительные тонкие неврологические исследования невозможно. Этому препятствует и значительное количество поступающих раненых, требующих неотложной помощи, что не позволяет каждого из них наблюдать достаточно продолжительное время. Ранения черепа часто сопровождаются воздушной контузией и психотравмой, что еще более затрудняет и замедляет диагностику. Поэтому давно ощущается необходимость в разработке и применении таких методов обследования раненого, которые позволят врачу быстро ориентироваться в состоянии больного, топике очага поражения, определить, необходима ли и в какой срок операция, какой должна быть консервативная терапия.

Под нашим наблюдением было более 1 000 раненных в череп. Из них мы выделяем 400 человек, о которых и будем говорить.

По виду ранения и характеру ранящего орудия наши раненые распределяются следующим образом:

Характер ранений по виду оружия / Вид ранения	Осколочные	Пулевые	Неизвестно	%
Диаметральные	4	6	—	2,5
Сегментарные	10	42	2	13,5
Тангенциальные	16	10	—	6,5
Рикошетные и касательные	92	12	28	33,0
Слепые	172	4	2	44,5
Всего	294 (73,5%)	74 (18,5%)	32 (8%)	—

По локализации повреждений этих раненых можно разбить на следующие группы: раненные в лобную долю—19,5%, в лобно-теменную—9,5%, лобно-височную — 3,5%, теменную — 21%, теменно-затылочную — 12%, теменно-височную — 8%, височную — 14%, височно-затылочную — 1%, затылочную — 11,5%.

Раненые с диаметральными и сегментарными ранениями попадают в ППГ сравнительно редко — в большинстве случаев они умирают на поле боя или на путях эвакуации. По данным подполковника Ровнова, при осмотре трупов раненых, умерших на поле боя, более 30% умерли от повреждений черепа.

Наибольшее число раненых, поступающих в госпиталь, имеют рикошетное, касательное или слепое ранение. Там, где из раны выпадает

мозг, картина поражения ясна и сомнения могут быть лишь в объеме, времени и характере вмешательств.

Чаще всего ошибочные заключения врачи дают при мелкоосколочных ранениях черепа. Бывали случаи, что таких раненых вместо оказания им неотложной хирургической помощи отправляли в ГЛР. Внешняя безобидность раны иногда становится роковым обстоятельством. К нам в ГЛР направляли для консультации раненых, у которых наружные раны уже зажили, при подробном же обследовании оказывалось, что у этих раненых в одних случаях был перелом свода черепа, в других — абсцесс мозга.

Практически при осмотре раненого приходится решать три диагностические задачи: 1) определить общемозговые явления (коммоционно-контузионный синдром, гипертензионный, вазопатические, истеротравматические реакции); 2) установить, нет ли повреждения костей свода или основания черепа, каковы размеры этих повреждений; 3) является ли ранение черепа проникающим и каковы топика и объем разрушения мозга. При этом самое главное установить наличие проникающего ранения.

Тяжесть общего состояния обычно свидетельствует о ранении мозга. Из 400 наших раненых в удовлетворительном состоянии поступило к нам только 46 человек, в состоянии средней тяжести — 124, в тяжелом — 162 и в очень тяжелом — 78 человек. О том, что тяжесть состояния является показателем повреждения мозга, говорит смертность. Так, например, из числа всех умерших 60% умерли в первые 4 дня после поступления в госпиталь. Процент умерших в первые дни после поступления в госпиталь возрос в последний год войны, так как сроки доставки раненых с поля боя ускорились и в ППГ в связи с этим стали поступать более тяжело раненые, в значительной части неоперабильные.

Смертность в МСБ в последний год уменьшилась на 10%, число операций на черепе также резко сократилось. Все те раненые, которые, по выражению проф. Гирголава, «убиты, но еще не успели умереть», начали в значительном числе поступать в специализированный ППГ.

В момент первичного осмотра 56 человек были без сознания, 40 — с явлениями психомоторного возбуждения, 18 заявляли, что они здоровы, но 6 человек из них имели зияющие раны лба с выпадением вещества мозга. Лишь у 116 из 400 раненых не было признаков грубых расстройств психики.

Потеря сознания обычно сопутствует ранениям даже мягких покровов черепа. Продолжительность бессознательного состояния нельзя строго связать с внешним объемом повреждений черепа. Она зависит от сопутствующей контузии стволового отдела и вегетативных центров мозга. Раненый часто не может указать, сколько времени он находился без сознания.

При более тяжелых ранениях и период бессознательного состояния обычно длиннее, иногда продолжается несколько дней. Однако даже при сквозных ранениях черепа потери сознания может и не быть.

Мы наблюдали раненого Н., получившего сегментарное пулевое (пистолетом) ранение лобной области с большой хордой. Непосредственно после ранения Н. упал и тут же стал звать товарищей на помощь. Сознания не терял. Через 3 часа был доставлен в госпиталь. На вопросы отвечал правильно, все обстоятельства ранения помнил отчетливо. Был заторможен, оглушен, сонлив.

Явления ретроградной амнезии при боевых повреждениях черепа мы отмечали как исключение. Раненые обычно ярко и красочно описывали обстоятельства ранения со всеми деталями.

Рвота после ранения бывает сравнительно редко, чаще при закрытых травмах черепа или наличии осколков кости, вклинившихся в череп.

Головная боль, головокружение, тошнота, наоборот, почти обязательно сопутствуют всем боевым повреждениям черепа. Однако иногда

тягчайшее повреждение его не вызывает никаких жалоб со стороны пострадавшего.

Часты жалобы на слабость, желание заснуть и отдохнуть, шум в ушах, голове. Раненый на перевязочном столе отворачивается от врача и дремлет. Однако неадекватное поведение раненого, его вялость, безразличие, заторможенность, иногда сонливость, амимия, немодулированный голос, речь без экспрессии, бедность эмотивной сферы, нередко анизогнозия, снижение критики своего поведения и часто неэтичность составляют особенность ранений мозга и не могут быть объяснены только утомлением и психотравмой.

Речь идет о сотрясении, контузии и непосредственном механическом повреждении мозга. Клинически имеется много сходства с больным менинго-энцефалитом. Это как бы травматический, асептический менинго-энцефалит со значительной заинтересованностью ствола мозга.

Наличие психомоторного возбуждения у раненного в череп обычно отмечается при больших разрушениях мозга, чаще лобных долей в сочетании с переломом основания черепа. Раненый совершает беспорядочные движения, пытается сорвать повязку, может пальцами «залезть» в рану и этим вызвать кровотечение, стереотипно выкрикивает циничные слова, глаза обычно закрыты отечными, синюшными веками, тонус конечностей повышен. Проявляет негативизм, сопротивляется бритью волос, перевязке. После туалета раны, особенно после операции, успокаивается и в большинстве случаев засыпает.

Но, если развивается менинго-энцефалит, двигательное и речевое возбуждение, спутанность сознания, слуховые, а иногда и зрительные галлюцинации, преимущественно образами боевой обстановки, длятся много суток, иногда до самой смерти.

В числе наших раненых было 40 человек с психомоторным возбуждением. У 18 из них была повреждена лобная область, у 12 психомоторное возбуждение сочеталось с явными симптомами перелома основания черепа. Психомоторное возбуждение — прогностически плохой признак. 22 раненых из 40 умерли, причем в 4 случаях на секции был обнаружен прорыв в боковой желудочек.

Весьма важно обращать внимание на больных, у которых нарастает заторможенность. Здесь имеется либо острый отек мозга, либо растет внутричерепная гематома. У 50 раненых мы наблюдали интрацеребральные гематомы при небольших по объему повреждениях мозга и убедились в диагностической ценности следующих симптомов: усиления головной боли, роста заторможенности вплоть до потери сознания, аритмии пульса, нарастания черепномозговых асимметрий, особенно лицевого нерва, снижения реакции зрачков на свет и снижения корнеального рефлекса.

В этих случаях наличие разницы в ширине зрачков в $^1/_4$ является сигналом к операции. Значение появления бледности, пота, брадикардии, напряжения пульса, изменения дыхания общеизвестно—эти явления наступают в выраженных случаях. Гематома развивается обычно в месте ранения, чаще при закрытом входном отверстии, или при ранении мозга отломками стекловидной пластинки.

Один объем кровоизлияния не определяет тяжести состояния. Нам приходилось оперировать субдуральные гематомы объемом до 80—100 см^3 при относительно удовлетворительном состоянии пострадавшего, в то же время мы потеряли раненого, у которого на секции была обнаружена гематома в 6—12 см^3.

Существенную помощь для диагностики оказывает в этом случае люмбальная пункция. Она имеет и терапевтическое значение.

Мы много раз пытались связать спинномозговое, артериальное и венозное давление с размером, локализацией и характером течения гематомы. Однако эти попытки не увенчались успехом. Спинальное давле-

ние чаще повышено в остром периоде, его падение является неблагоприятным симптомом. Но строгой закономерности нет. Закономерной связи между повышением артериального, венозного и спинномозгового давления, могущего помочь в диагностике, тоже не отмечено. Спинальная гипертензия являлась для нас сигналом к производству разгружающих пункций и назначению гипертонических растворов. Отсутствие терапевтического эффекта косвенно говорит о развитии внутричерепной гематомы. В последнее время мы вводили 20—30 см³ 20% раствора глюкозы непосредственно в сонную артерию и достигали более быстрого воздействия.

Операция трепанации черепа произведена 328 раненым, т. е. в 82% случаев. Если учесть, что случаев с явными нарушениями целости мозга (визуально определимыми) было 144, то в остальных 256 случаях для определения наличия проникающего ранения или очагового поражения мозга приходилось прибегать к дополнительному обследованию.

Мы раздвигали края раны, ревизовали целость кости и, если она оказывалась синеватой, по совету проф. Ахутина трепаном делали отверстие до стекловидной пластинки. Не следует обманываться удовлетворительным ходом заживления раны мягких покровов. Болезненность окружающих рану тканей, наличие небольшого струпа в месте ранения в центре припухлости должны настораживать врача. Также «подозрительным» в смысле ранения кости является длительное незаживление раны. Во всех этих «подозрительных» случаях, даже при отрицательных данных рентгенографии, необходимо иссекать края раны и производить оперативную ревизию целости кости.

Необходимо предостеречь врачей от переоценки значения рентгенографического исследования. В 18 случаях рентгенограммы, сделанные на хороших пленках и опытным рентгенологом, говорили о целости кости, между тем клинически определялось очаговое поражение мозга, требующее операции, и при операции в 12 случаях был обнаружен перелом свода черепа. Положение затрудняется тем, что так называемые «немые» неврологические зоны являются нередко «немыми» и для рентгенолога, особенно височные и, реже, затылочные области.

Очаговые симптомы мы нашли у 210 раненых из 400, в остальных случаях показанием к операции служила картина общемозговых явлений.

Очаговую неврологическую симптоматологию (нарушение двигательной сферы) легче обнаружить, наблюдая за укладыванием раненого на перевязочный стол. Моно-, гемипарезы или гемиплегии мы встречали у 30% раненых в большинстве в тех случаях, когда в ранении были заинтересованы лобная и теменная доли. К исследованию тонуса мы подходили критически, ввиду того что малые его изменения трудно учесть. Однако значительное повышение тонуса конечностей встречается при тяжелых ранениях. На секции в ряде таких случаев было обнаружено повреждение желудочков или подкорковых узлов.

Изменения тонуса мы отметили у 160 человек, причем у раненых, находившихся в тяжелом состоянии, повышение тонуса конечностей отмечено в 64% случаев, у раненых, находившихся в состоянии средней тяжести, — в 17% случаев, преимущественно при повреждении премоторной зоны или подкорковых узлов. Исследование сухожильных рефлексов конечностей показывает относительную редкость анизорефлексии даже при больших поражениях мозга разной локализации. Мы зафиксировали анизорефлексию в 156 случаях. Снижение рефлексов отмечено при коматозных состояниях, повышение их — при тяжелых лобных ранениях.

Патологические рефлексы с нижних конечностей встречались в единичных случаях. Чаще других наблюдается симптом Мендель-Бехтерева, реже — симптом Бабинского и симптом Россолимо. Но симптом

Лери и Майера с верхних конечностей встречается чаще — у нас в 18% случаев. Исследование этого симптома имеет особый смысл для диференциации от истерических парезов и параличей, а также симуляции.

В некоторых случаях существенно важно исследовать апрактические расстройства, наступающие при ранениях лобной и теменной доли мозга. Важно обращать внимание на апраксию языка при лобно-теменной локализации ранения. Мы наблюдали 12 больных с резко выраженной апраксией языка при этой локализации. При полном сознании, нормальной речи и глотании раненый не может показать язык, которым беспорядочно двигает во рту при попытке его высунуть. В 5 случаях это был почти единственный симптом, давший возможность указать место операции в случаях с множественными ранениями черепа, когда невозможно было получить хороший рентгеновский снимок.

Анизокория наблюдалась в 15% случаев, причем зрачок на стороне очага был расширен в 16 случаях, а на противоположной — в 44, без строгой зависимости от локализации ранения.

Нарушение функций глазодвигательных нервов встречается не часто (в 10%).

Важный диагностический вывод, указывающий на сторону поражения, а подчас и на размер его, позволяет сделать исследование функции лицевого нерва. В трети наших случаев определялась ясно выраженная сглаженность носогубной складки на стороне, противоположной ранению, преимущественно при повреждениях лобной и теменной области.

При учете данных исследования черепномозговых нервов надо иметь в виду, что вегетативно-реактивный синдром при травмах черепа и нервов конечностей может вызвать ряд асимметрий, противоположных тем, которые дает локальная травма мозга.

Особенно следует подчеркнуть трудность постановки топического диагноза при повреждениях лобных и височных областей, которые могут протекать с весьма бедной симптоматологией.

Общее состояние при ранениях лобного мозга далеко не всегда соответствует тяжести ранения. Об этом убедительно свидетельствует такой случай. Раненый Д. приехал в ППГ на мотоцикле на следующий день после ранения и потребовал перевязки. Был грубо остроумен, неестественно весел. При перевязке обнаружена большая рана на лбу с выпадением вещества мозга. Через 3 дня раненый умер.

Небольшая, иной раз под струпом, рана может дать повод отправить раненого в ГЛР, между тем в действительности здесь возможно проникающее ранение черепа, иногда со значительными костными разрушениями. Даже при огромных ранениях лобного мозга может создаться ложное впечатление о благополучном состоянии раненых.

У раненого С. отсутствовала лобная кость, и из зияющей раны вытекала размозженная мозговая ткань. Раненый жаловался на небольшую головную боль и холод. Был заторможен, пассивен. Активная подвижность конечностей без грубых ограничений. Пульс хорошего наполнения. На следующий день раненый умер.

Психические нарушения при ранениях лобного мозга часто помогают диагностике. В неясных случаях критическое отношение раненого к тяжести своего состояния, проявление неуместной веселости, грубого остроумия, подчас нелепые и неэтичные поступки, явления речевого и моторного возбуждения или резкого угнетения обычны при ранениях лобного мозга. Критика своего поведения резко понижена. Мы видели раненого, который читал газету, внешне толково говорил о событиях на фронте и в то же время испражнялся в кровать во время осмотра врачом.

Во вторую неделю после ранения нередко отмечается наличие неврита зрительных нервов и застойные соски. В первые дни после ранения

при массивной травме мозга отмечается отек сетчатки, кровоизлияния на дне глазного яблока.

Случаи с повреждением моторной зоны и центров речи диагностически просты.

Весьма трудны для топической диагностики ранения височной области. Здесь и рентгенографически часто трудно установить, есть ли повреждения кости, и, даже лоскутно открыв височную кость, не всегда легко отыскать дефект, скрытый толстым слоем мышц или расположенный почти на основании черепа. При ранениях левой височной доли мы иногда встречаемся с сензорной афазией, что облегчает диагностику, но при ранениях правой височной доли очаговых симптомов иногда не бывает. Мы наблюдали при этих ранениях триаду Кнаппа, иногда также обонятельные галлюцинации и значительное снижение памяти.

Ранения теменной области обычно сопровождаются двигательными нарушениями в силу близости центральных извилин мозга и крайне редко проявляются какими-либо изолированными выпадениями чувствительности. Апрактические расстройства, в частности, апраксия языка, описанные выше, встречаются редко.

На ранения затылочных долей мозга указывают нарушения зрения, картина глазного дна. При этих ранениях мы спешили с операцией и производили ее возможно осторожнее и экономнее.

Ранения мозжечка сопровождаются весьма тяжелым общим состоянием, явлениями атаксии, однако без нистагма. При поверхностных ранениях коры мозжечка симптоматология может быть бедной и плохо распознаваемой.

Переломы основания черепа при черепно-мозговых ранениях в нашем материале отмечены в 5% случаев, чаще при сегментарных или диаметральных ранениях, причем клинический диагноз в 16 случаях был подтвержден секционно. Для этих случаев характерна особая тяжесть общего состояния раненого.

Диагноз становится более или менее ясным через 2—3 дня после ранения, когда появляется синюшная окраска вокруг глаз (симптом «очков»), не прекращается длительно психомоторное возбуждение, имеются резкие менингеальные явления и в спинномозговой жидкости определяется кровь.

Перелом основания черепа чаще наблюдается при ранениях лобной области и располагается в передней черепной ямке. При переломах в средней черепной ямке, как известно, бывает кровотечение из ушей. При огнестрельных ранениях эти переломы мы наблюдали крайне редко. Прогноз в этих случаях сомнителен и с операцией спешить нельзя, чтобы не отягощать мозговой травмы.

При большом наплыве раненых во время боевых операций, когда надо быстро решать вопросы диагностики и назначать операции, надо фиксировать внимание только на ведущие симптомы и в случае неясности вопроса производить оперативную ревизию ран. Иначе обслужить всех раненых невозможно. Важно учитывать коварный характер черепно-мозговых ранений и не спешить с заключением о легкости ранения. Ошибки в этом отношении могут быть для раненого роковыми.

Подполковник мед. службы М. И. ОСТРОВСКИЙ

К ВОЕННО-ВРАЧЕБНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ НОЧНОГО ЭНУРЕЗА

Известно, насколько затруднительным нередко является объективное установление наличия ночного недержания мочи у лиц, предъявляющих подобные жалобы. В богатой литературе, посвященной ночному энурезу у взрослых, в частности, у военнослужащих, недостаточно освещены вопросы диагностики заболевания. Такое положение частично объясняется многообразием причин, обусловливающих данное заболевание, начиная от местных дефектов (дефекты периферического мочеполового аппарата, центральной нервной системы — крестцового, поясничного и вышележащих отделов спинного мозга, подкорковых серых узлов головного мозга с их регулирующей сон функцией) и кончая дефектами высших вегетативных и нервно-психических центров мозга — коры больших полушарий.

Сейчас мы встречаемся также со случаями ночного недержания мочи, возникшими впервые через небольшой промежуток времени после перенесенной закрытой боевой травмы головного и спинного мозга, их сотрясения или ушиба. Некоторые больные отмечают наступившее после травмы головы заметное нарушение формулы сна, чаще в сторону углубления его, с непроизвольным мочеиспусканием во сне. В ряде случаев последнее является моносимптомом во всей картине страдания, но достаточно тяжелым, исключающим пребывание больного в казарме.

Задача военно-врачебной экспертизы заключается:

а) в выявлении подлинных случаев стойкого ночного энуреза, имеющих в своей этиологии либо грубые анатомо-морфологические, либо стойкие функциональные нарушения на любом этапе нейро-соматической и вегетативной регуляции акта мочеиспускания; таких больных следует признавать негодными к службе в армии;

б) в выявлении истинного характера энуреза у лиц, страдающих этим заболеванием периодически или у которых заболевание возникло во время службы в армии. В зависимости от выясненной этиологии заболевания таких больных следует подвергать лечению, от эффективности которого зависит дальнейшее пребывание их в армии;

в) наконец, в выявлении лиц, у которых энурез не имеет под собой какой-либо органической или функциональной почвы. В таких случаях указания о правильном личном режиме, меры медицинского и политико-воспитательного воздействия позволяют сохранить этих лиц в армии.

Наибольшие трудности для диагностики энуреза, а стало быть, и для экспертизы представляют те больные, у которых самое тщательное клиническое исследование не выявляет каких-либо объективных нарушений, хотя они заявляют о большой продолжительности болезни.

Мы разработали и с успехом пользуемся у себя планом обследования и лечения энуретиков. Наш план состоит из двух частей: 1) мероприятия, проводимые в части, 2) мероприятия, проводимые в госпитале.

Как правило, страдающие энурезом подвергаются стационарному исследованию и лечению в госпитале. До этого их тщательно изучает врач части. В директиве, разосланной начальником санитарного управления нашего округа врачам войсковых частей, перечислены мероприятия, обязательные для врачей части. Основная задача врача — установить факт ночного недержания мочи, провести ряд общеукрепляющих, вполне доступных в условиях части, лечебных мероприятий, выяснить, имел ли место у больного энурез ранее, до призыва в армию, а также выяснить служебно-политическую характеристику больного.

Следует особо подчеркнуть важность запроса по месту жительства энуретика до призыва в армию. Этот запрос объективирует анамнез. На

запросы, посылаемые нами в адрес председателя колхоза, сельсовета или завкома, мы нередко получаем официальные документы, иногда подтверждающие, иногда отрицающие анамнез больного. Наш опыт позволяет настойчиво рекомендовать такой способ связи, весьма помогающий исследованию больного, особенно в случаях упорного и объективно трудно констатируемого энуреза.

План исследования и лечения энуретиков в госпитале таков. Каждый энуретик после поступления в отделение получает следующую инструкцию, за выполнением которой строго следит дежурная медицинская сестра: после ужина не принимать никакой жидкости; не ложится в постель раньше отбоя; перед отходом ко сну обязательно помочиться; фиксировать частоту мочеиспускания как днем, так и ночью; каждую порцию мочи собирать в индивидуально выданную посуду.

На каждого энуретика составляется лицевая карта такого содержания (см. форму).

Фамилия, имя, отчество . . . . . **История болезни №** . . . .

Мероприятия	День поступления в госпиталь										
	1-й	2-й	3-й	4-й	5-й	6-й	7-й	8-й	9-й	10-й	11-й
Не будить, проверяя:											
в 2.00	сух.	мок.	мок.								
в 5.00	»	сух.	сух.								
Если постель мокрая, будить:											
в 2.00				мок.	400						
в 5.00				200	150						
При глубине сна I степени, если постель мокрая, давать перед отбоем люминал—0,2 г на горячей воде и проверять:											
в 2 00						сух.	мок.	сух.	сух.	сух.	
в 5.00						200		мок.	200	мок.	
При глубине сна III—IV степени давать перед отбоем 0,02 г Extracti belladonnae и проверять:											
в 2.00						сух.	сух.	мок.	мок.	сух.	
						Проснулся					
в 5.00						600	450			мок.	
Анализ мочи	+										
Лейкограмма, РОЭ	+										
Запрос по месту жительства до призыва	+										
Общесоматическое	+	и нейро-психиатрическое исследование									
Рентгеноскопия	+	грудной клетки									
Урологическое		+	(с цистоскопией) исследование								
Рентгенография			+	пояснично-крестцового отдела позвоночника							
Люмбальная пункция			+								
Лечение		+	начиная со второго дня								

Примечание. Каждый энуретик проверяется в 2.00 и 5.00, при этом фиксируется глубина сна. Глубина сна обозначается так: I степень — просыпается, когда медицинская сестра входит в палату (сон чуткий); II степень — просыпается, когда медицинская сестра включает электричество; III степень — просыпается, когда медицинская сестра снимает с больного одеяло (сон глубокий); IV степень — просыпается, только когда сестра потормошит больного (весьма глубокий сон).

Разбуженный энуретик обязан помочиться в посуду, выданную ему. Медицинская сестра делает об этом отметку в «лицевой карте» энуретика.

Если, несмотря на прием Extr. belladonnae, все же во сне произошло мочеиспускание, это может служить подтверждением патологически глубокого сна.

Приведенная «лицевая карта», естественно, является исходной схемой обследования энуретика; необходимо вводить в схему различные коррективы в соответствии с индивидуальными особенностями энуретика, со степенью глубины сна, результатами проверки состояния постели как после прерывания сна, так и без прерывания, данными клинического исследования и т. д.

Только такой диференцированный подход к каждому в отдельности больному при наличии руководящей схемы наблюдения, исследования, лечения и режима позволяет путем анализа всех факторов и их синтезирования делать в оптимально короткий срок объективно правильный экспертный вывод в отношении энуретика.

Тщательно проинструктированный медицинский персонал, твердое выполнение больным режима, кропотливое изучение больного врачом — обязательные условия для получения правильных выводов.

Военкомат обязан с момента приписки энуретика к призывному участку взять на особый учет и добиться тщательного обследования и лечения в лечебных учреждениях органов здравоохранения. Материалы исследования помогут призывным комиссиям вынести правильное решение в отношении этой группы больных.

★

Капитан мед. службы С. Н. СОРИНСОН

СУЛЬФАМИДНАЯ ТЕРАПИЯ ДИЗЕНТЕРИИ

Первое указание в отечественной литературе на применение сульфамидных препаратов при лечении бациллярной дизентерии появилось в 1940 г. (Михайлова). Вслед за тем было опубликовано большое число работ, подтверждающих эффективность лечения дизентерии этими препаратами (Бузников, Добровольская, Лурия, Агафонов, Степанов и др.). В 1942 г. мы совместно с проф. Б. П. Кушелевским и Р. И. Лившиц впервые успешно применили при лечении дизентерии сульфамидный препарат ВНИХФИ № 19, ныне известный под названием дисульфан. В настоящее время сульфамидная терапия дизентерии заслуженно пользуется общим признанием, и ее превосходство над другими видами терапии не вызывает сомнений.

Однако в литературе по данному вопросу до сих пор еще нет единого мнения: диапазон дозировок препаратов, предлагающихся на курс лечения, весьма велик—от 6,0 г (Бузников) до 70,0—80,0 г (Маршалл и другие американские авторы). Обилие схем лечения нередко дезориентирует лечащих врачей и приводит к неправильному применению средства. Между тем именно правильность методики проведения курса лечения сульфамидами определяет его эффективность.

На основании трехлетних наблюдений в госпиталях над химиотерапевтическим действием сульфамидных соединений при дизентерии и других заболеваниях мы полагаем, что нет необходимости в особой схеме терапии только для дизентерии. Существует единая схема лечения сульфамидами, основанная на фармакодинамических свойствах данной группы медикаментозных средств. Этой схемой следует руководствоваться при лечении сульфамидами также и дизентерии, конечно, с учетом тяжести инфекции, возраста больного, общего состояния, индивидуальной переносимости препарата и т. д.

Дозировка сульфамидных препаратов, как разовая и суточная, так и суммарная на весь курс, должна быть достаточной, а интервал между приемами препарата строго рассчитанным, так как только такая методика терапии обеспечивает достаточную концентрацию сульфамидов в крови, необходимую для достижения терапевтического эффекта.

Я постараюсь в возможно более сжатой форме сделать анализ результатов сульфамидной терапии у 618 больных дизентерией, лечившихся в лечебных учреждениях N-ской гвардейской армии. Из этих больных сульфидином лечилось 252 человека, элеудроном (близок отечественному сульфазолу) — 214, цибазолом (близок отечественному новсульфазолу) — 119 и неоулироном (близок отечественному дисульфану) — 33 больных.

При определении клинических форм заболеваний мы пользовались классификацией, принятой в Советской Армии.

В 24,4% случаев болезнь протекала в острой форме с типичной клинической картиной: частые императивные позывы на низ с выделением скудных испражнений, лишенных, как правило, каловых масс и состоящих из слизи и крови, выраженная температурная реакция и явления интоксикации.

В 66,7% случаев наблюдалась острая форма болезни со стертым клиническим течением. У этих больных стул обычно сохранял каловый характер, температура не повышалась или же очень быстро приходила к норме, явления интоксикации были слабо выражены. Наличие в испражнениях слизи и прожилок крови, болезненность сигмы при пальпации позволяли диагносцировать дизентерию.

В 8,9% случаев наблюдалась хроническая форма дизентерии. У этих больных отмечалась стойкая дисфункция кишечника: спазматические запоры, сменяющиеся слизистыми поносами, постоянные ощущения тяжести и боли в животе, обостряющиеся от малейшей погрешности в пище, прогрессирующее похудание. У 7 больных с хронической формой болезни развилось вторичное истощение. Это были тяжелые больные с выраженным упадком питания, субнормальной температурой и понижением тонуса сердечно-сосудистой системы. Испражнения у этих больных сохраняли каловый характер, отличались водянистой консистенцией и лишь периодически содержали примесь слизи и крови.

Больные с хроническими формами дизентерии, судя по анамнезу, в свое время лечились сульфамидами. Однако нетрудно было установить, что полученная ранее сульфамидная терапия была по дозировке и длительности применения явно недостаточной. Подобное применение сульфамидов сопровождалось лишь кратковременным эффектом и приводило к возникновению хронических, нередко сульфамидорезистентных, форм болезни.

Клинический диагноз дизентерии был бактериологически подтвержден в 14% случаев. Наиболее частыми возбудителями являлись бактерии группы Гисс-Флекснера.

Сульфамидная терапия разными препаратами проводилась по следующей схеме: в течение первых двух суток лечения больным назначался препарат по 1,0 г через каждые 4 или 6 часов, в зависимости от тяжести случая. В последующие 4—5 дней больные принимали препарат через те же интервалы в половинной дозе (0,5). Лечение продолжалось до выраженного клинического улучшения: снижения температуры, исчезновения явлений токсикоза, появления калового стула. Количество препарата, требовавшегося на курс лечения, исчислялось в пределах от 16,0—18,0 до 24,0—27,0. Если в течение 7 дней применения сульфамидных препаратов терапевтического эффекта не отмечалось, лечение этим методом прекращалось.

Лечение сульфамидными препаратами сочеталось с диэтотерапией, постельным режимом, назначением препаратов атропина. Применение

атропина в комбинации с сульфамидами нередко усиливало терапевтическое действие последних. Возможно, здесь сказывалось расслабляющее действие атропина на гладкую мускулатуру тонкого кишечника, облегчавшее проникновение сульфамидов в толстый кишечник.

Своевременно начатая сульфамидная терапия дизентерии, как правило, приводила к купированию болезни. Однако процесс полного выздоровления протекал различно и наступал в разные сроки. При оценке результатов лечения мы выделили три группы случаев: первая — с абортивным эффектом, вторая — с положительным, но не абортивным эффектом и третья — без эффекта.

Абортивный эффект выражался в быстром (в течение суток) снижении температуры, исчезновении токсикоза, тенезмов и слизисто-кровянистого стула, после чего наступала пауза в дефекации, продолжавшаяся одни или двое суток, вслед за которой появлялся нормально оформленный стул. Случаи, в которых появлению оформленного стула предшествовала однодневная стадия колитного стула, мы также расценивали как абортивные. Всего абортивный эффект терапии мы наблюдали в 55% случаев.

Положительный, но не абортивный эффект отличался от предыдущего тем, что явления токсикоза исчезали медленнее, а нормализации стула предшествовала не пауза, а 2—4-дневный период калового жидкого или кашицеобразного стула. Положительный, но не абортивный эффект наблюдался в 40% случаев.

В 31 случае, несмотря на тщательно проведенную сульфамидную терапию с достаточной дозировкой, вылечить больных не удалось. В этой группе сначала мы отмечали падение температуры, снижение токсических явлений, уменьшение частоты и изменения характера стула, однако вскоре процесс снова обострялся. Такие случаи — их было 5% — мы считали сульфамидорезистентными. Как правило, они встречались среди больных с хроническим течением болезни.

Средняя продолжительность пребывания на койке больных дизентерией, успешно леченных сульфамидными препаратами, равнялась 9,9 дня.

При бациллярной дизентерии, так же как и при других инфекциях, терапия тем эффективнее, чем раньше начата. Иллюстрацией могут служить следующие данные. В группе больных, где лечение было начато на 1—3-й день болезни, абортивный эффект был достигнут в 80% случаев. Там, где лечение было начато на 4—7-й день болезни, такой же результат получен в 59% случаев. При более позднем начале терапии, например, на 8—10-й день болезни, абортивный эффект наблюдался только в 25%, а при начале лечения на 11—14-й день болезни — в 11% случаев. Лечение, начатое позже 11-го дня, несмотря на всю тщательность методики, ни разу не сопровождалось абортивным эффектом. Эти цифры, нам кажется, убедительно доказывают, какое важное значение имеет максимально раннее начало терапии. Этот же вывод подтверждается анализом тех случаев, когда лечение не увенчалось успехом.

Сравнительная оценка эффективности терапии наших больных различными сульфамидными препаратами показала превосходство неоулирона.

У больных, леченных неоулироном, абортивный эффект наблюдался чаще, чем у больных, леченных другими сульфамидными препаратами (в 65% случаев). Эти данные также совпадают с нашими в свое время опубликованными наблюдениями над лечением дизентерии дисульфаном [1].

---

[1] Сборник научных работ УралВО, № 2, 1943; Клиническая медицина, № 4, 1944.

Выводы

1. Лечение дизентерии сульфамидными препаратами является терапией выбора. У нас она оказалась успешной в 95% случаев.

2. Эффективность лечения определяется правильностью его методики — достаточностью разовой, суточной и суммарной дозировки — и своевременностью начала терапии.

3. Наилучшим критерием терапевтической активности сульфамидных препаратов служит способность их остановить циклическое развитие болезни и дать в 55% случаев абортивный эффект в течение первых двух суток применения.

4. Максимально раннее начало лечения — основное условие для достижения абортивного эффекта.

5. Из примененных нами при лечении дизентерии отечественных сульфамидных препаратов наиболее эффективным оказался дисульфан и его аналог неоулирон.

★

Майор мед. службы В. Н. КЛИМОВСКАЯ

К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СУЛЬФИДИНОТЕРАПИИ ПРИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РОГОВИЦЫ

За короткий срок со времени открытия лечебного действия сульфамидных препаратов сульфидинотерапия с одинаково блестящим успехом проникла во все отрасли медицины. В офталмологии она также нашла свое место. Сульфамидные препараты применяют при лечении гнойных язв роговицы, в частности, при пневмококковых или так называемых ползучих язвах роговицы.

Проблеме лечения этого тягчайшего заболевания роговицы посвящалось много трудов. В монографии Дворжека перечисляется более 40 методов лечения различными медикаментами, сыворотками, хирургическими методами. Но ни один из них не давал стойкого лечебного эффекта. Сейчас это уже не проблема — сульфидинотерапия вытеснила все другие способы лечения этого заболевания.

В отечественной и иностранной медицинской литературе появились предложения различных методов применения сульфамидных препаратов и их сравнительная оценка. Так, проф. Родигина с успехом применяла при ползучих язвах роговицы 2% сульфидиновую мазь. Стрептоцид и альбуцид большинство авторов применяли при трахоме, бленоррее (Павлов, Преображенский, Паппетон, Рутерфорд и пр.). Сульфамидные препараты вводились перорально, внутривенно и местно.

В 1944 г. Главное военно-санитарное управление Красной Армии разработало инструкцию по применению растворимой соли альбуцида для лечения гнойных язв и ожогов роговицы. В инструкции предлагалось в первые сутки присыпать язвы мельчайшим порошком альбуцида 8 раз в сутки, включая ночные часы; после уменьшения болезненных явлений рекомендовалось перейти на впускание капель 30% водного раствора натриевой соли альбуцида. При ожогах роговицы советовалось закладывать в глаз 30% мазь альбуцида.

В годы Великой отечественной войны в условиях военного госпиталя сульфидинотерапия нас интересовала с точки зрения ее конечных результатов, т. е. возможности возвращения заболевших бойцов и офицеров в свои воинские части. Поэтому мы не задавались целью разработать какой-либо самостоятельный метод применения сульфамидных препаратов, а воспользовались способом, предложенным инструкцией,

тем более что он оказался эффективным и легко видоизменяемым (в случае отсутствия альбуцида мы заменяли его сульфидином). Техника метода позволяла индивидуализировать его, в зависимости от тяжести и степени распространения болезненного процесса и способности организма к регенерации.

Нас интересовало, при каких видах заболеваний роговицы сульфидинотерапия оказывала лучшее действие.

Критерием служил наибольший процент выписки больных в свои части.

Через глазное отделение нашего госпиталя прошел 31 больной с гнойными заболеваниями роговицы, которых мы разделили на четыре группы: 1) 5 человек с ползучей язвой роговицы, 2) 12 человек с язвами роговицы различной этиологии, 3) 6 человек с инфицированными ранениями роговицы и 4) 8 человек с осложненной трахомой.

1. Ползучие язвы роговицы. Из 5 человек этой группы остановимся более подробно на трех.

Данные о них приведены в табл. 1.

Таблица 1

Больной и его год рождения	На какой день заболевания поступил в госпиталь	День наступления эффекта лечения	День окончательного выздоровления	Острота зрения пораженного глаза	Острота зрения здорового глаза	Результат лечения
Сержант Ш., 1914 г. . .	3	4	10	0,2	1,0	Выписан в часть
Сержант Ш., 1907 г. . .	15	3	15	0,1	1,0	То же
Рядовой Г., 1897 г. . .	7	5	15	0,4	0,8	Переведен в терапевтическое отделение для лечения общей дистрофии

Из табл. 1 видно, что при разных возрастах больных и различных сроках поступления в госпиталь эффект лечения наступал в первые 6 дней с начала применения сульфидинотерапии. Сроки окончательного выздоровления колебались между 10-м и 21-м днем. Расстройство функции глаз наступило во всех, видимо, случаях, хотя говорить точно о размерах понижения остроты зрения невозможно, так как острота зрения пораженного глаза до заболевания неизвестна. Однако даже и при сниженной остроте зрения все больные оказались годными для строевой службы. Для иллюстрации приводим историю болезни сержанта III.

Сержант Ш., 1907 г. рождения, поступил в госпиталь через 15 дней после начала заболевания с характерной клинической картиной ползучей язвы роговицы. Большой гипопион. Тяжелое самочувствие. В мазке пневмококки. Лечение: восьмикратное в течение суток присыпание язвы порошком сульфидина, 40% раствор уротропина внутривенно.

На 3-й день лечения отек век меньше, боли незначительны, гнойный край язвы побледнел, движение его по роговице остановилось. Зрачок умеренно расширен, на дне передней камеры небольшое количество гнойного выпота. Назначено пятикратное закладывание 30% сульфидиновой мази.

На 10-й день лечения незначительная перикорнеальная инъекция. Болей нет. Активная эпителизация язвенной поверхности. Нежное облачковидное помутнение. Лечение: раствор дионина и ионтофорез иодистого калия.

На 15-й день лечения глаз спокоен, нежное облачковидное помутнение на месте бывшей язвы, острота зрения $=\frac{0.1}{0,8}$ Выписан в часть с отпуском при части на 15 дней.

2. Язвы различной этиологии. В этой группе было 12 больных с гнойными кератитами различной этиологии. Данные о них приведены в табл. 2.

Таблица 2

Больной и год его рождения	На какой день заболевания поступил в госпиталь	День наступления эффекта лечения	День окончательного выздоровления	Острота зрения пораженного глаза	Острота зрения здорового глаза	Результат лечения
Рядовой Д., 1907 г. .	10	3	10	0,5	1,0	Выписан в часть
„ В., 1926 г. .	20	3	15	0,2	1,0	То же
„ К., 1918 г. . .	7	2	7	0,2	0,8	„ „
Сержант К., 1908 г. . .	5	5	10	0,4	0,6	„ „
Рядовой М., 1924 г. . .	30	10	24	0,05	0,8	„ „
Лейтенант Г., 1910 г. . .	4	6	15	0,7	0,9	„ „
Рядовой Н., 1925 г. . .	3	2	7	0,8	0,8	„ „
Сержант Н., 1921 г. . .	7	2	12	0,6	0,7	„ „
„ Р., 1908 г. . .	18	7	21	0,1	1,0	„ „
Рядовой К., 1926 г. . .	11	8	30	0,02	0,6	Переведен в нестроевую часть
„ Ч., 1899 г.	15	6	28	0,2	0,1	Поражены оба глаза, признан негодным к военной службе
„ В., 1913 г.	9	4	25	0,1	0,4	Переведен в нестроевую часть

При исследовании мазков из конъюнктивального мешка или соскобов с язвенных поверхностей роговицы у этих больных обнаружена бактериоскопически разнообразная флора, чаще всего стафилококк, реже диплобацилла. В незначительном числе случаев бактериоскопическое исследование не производилось. Эффект лечения наступал в сроки от 2 до 10 дней. Нельзя установить строгой зависимости результатов и сроков лечения от дня поступления больного в госпиталь, но, несомненно, лечение было благоприятнее у больных, поступивших в первые дни заболевания. 75% больных этой группы выписано в свои части.

3. Группа больных с инфицированными ранениями роговицы (6 человек). Исчерпывающие данные о них приведены в табл. 3.

По результатам лечения эта группа больных делится на две равных подгруппы. В первых 3 случаях имелись проникающие ранения глаза с повреждением глубоких частей его, у одного раненого из раны торчал металлический осколок. Во всех этих случаях сульфидинотерапия эффекта не дала, и глаз пришлось удалить. В остальных 3 случаях ранения были поверхностные, хотя и с наличием гнойной инфильтрации, и под влиянием лечения быстро очистились от инфекции.

Несмотря на то, что сравнительно быстрое проникновение сульфопрепарата в ткани глаза как при местном, так и при общем его употреблении уже доказано, создается впечатление, что для успешного лечения инфицированных ран глаза необходима высокая концентрация медикамента. Это обеспечивается непосредственным соприкосновением порошка сульфидина или альбуцида со всей раневой поверхностью. Если же рана глубокая, то даже своевременная и энергичная сульфидинотерапия эффекта не дает. Для усиления действия препарата в первых 3 случаях мы одновременно с местным лечением назначали сульфидин или белый стрептоцид внутрь.

Таблица 3

Больной и год его рождения	День поступления в госпиталь с начала заболевания	День перелома в болезни	День окончательного выздоровления	Острота зрения больного глаза	Острота зрения здорового глаза	Результат лечения
Рядовой Ч., 1897 г.	4	—	Энуклеация на 45-й день	—	0,4	Признан негодным к военной службе
Сержант М., 1925 г	2	—	Эвисцерация на 7-й день	—	0,8	Отчислен от военной школы
Рядовой М., 1926 г.	2	—	45	Светоощущение	0,7	Переведен в нестроевую часть
Сержант Г., 1918 г.	5	2	10	0,7	0,9	Выписан в свою часть
„ Б., 1924 г.	1	2	6	1,0	1,0	То же
Рядовой Д., 1926 г.	7	4	15	0,2	1,0	„ „

4. Осложненная трахома. В эту группу входит 8 больных с односторонним и двусторонним поражением глаз. Данные о ней приведены в табл. 4.

Таблица 4

Больной и год его рождения	День поступления в госпиталь с начала осложнения	День наступления эффекта лечения	Срок пребывания в госпитале	Зрение левого глаза	Зрение правого глаза	Результат лечения
Сержант Ц., 1922 г.	7	6	15	0,6	0,4	Выписан в часть
Рядовой З., 1900 г. . .	21	7	21	0,3	0,4	Выписан в нестроевую часть
„ К., 1919 г., . .	10	10	30	0,8	0,5	Выписан в часть
Сержант Т., 1922 г.	15	—	45	0,3	0,3	Признан негодным
Рядовой В., 1915 г. . .	4	5	20	0 6	0,6	Выписан в часть
„ Н., 1907 г. . .	30	—	35	0,4	0,6	Признан негодным
„ С., 1923 г. . .	6	12	24	0,6	0,5	Выписан в часть для амбулаторного лечения
„ Ж., 1899 г. . . .	3	10	21	0,1	0,4	Выписан в нестроевую часть

Наилучшие результаты от сульфидинотерапии, примененной в том же методе, как и в первых трех группах, получены при наличии рубцовых форм трахомы, когда отсутствовала или была незначительной инфильтрация подслизистой ткани и не было осложняющих заболевание язв роговицы, развившихся после каких-либо микротравм. Там же, где имелась глубокая инфильтрация подслизистой ткани, гипертрофия сосочков и специфический фолликулез, т. е. развернутая картина трахомы, осложненной изъязвившимся паннусом, сульфидинотерапия или не оказывала никакого действия, или снимала только часть болезненных явлений. Чаще всего исчезало изъязвление роговицы, а инфильтрация подслизистой ткани оставалась настолько выраженной, что мы вынуждены были переходить на другие методы лечения (массаж, смазывание конъюнкти-

вы 2% раствором азотнокислого серебра). Результаты лечения этой группы больных мало удовлетворительны. Только 37,5% выписаны в строевые части, остальные признаны ограниченно годными или даже негодными к военной службе. Продолжительны также и сроки лечения в госпитале.

В заключение можно сделать следующие выводы.

1. Сульфидинотерапия является весьма эффективным средством лечения гнойных заболеваний роговицы и обеспечивает высокий процент возвращения больных в воинские части.

2. Лучшие результаты сульфидинотерапия дает при ползучих язвах роговицы, вне зависимости от срока и тяжести заболевания.

3. Мало эффективно действие сульфамидов при инфильтративной форме трахомы, осложненной изъязвлением роговицы.

4. Метод, предложенный инструкцией Главного военно-санитарного управления Красной Армии, вполне себя оправдывает, не дает осложнений и при сохранении основного принципа легко может быть видоизменен, в зависимости от тяжести, степени распространения и индивидуальных особенностей течения болезненного процесса.

И. И. ХОХУТКИН

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕНИЦИЛЛИНОМ ГОНОРРЕИ У МУЖЧИН

Многочисленные клинические и экспериментальные наблюдения отечественных и зарубежных авторов показывают, что пенициллин является эффективным средством при лечении гонорройных заболеваний. Несмотря на сравнительно короткий срок применения пенициллина при гонорройной инфекции, он завоевал значительный авторитет, и пенициллинотерапия вытесняет в ряде стран все другие методы лечения гонорреи.

Бактериостатические свойства пенициллина в настоящее время общепризнаны, при высоких же концентрациях он обладает, повидимому, и бактерицидными свойствами. Доказательством непосредственного бактерицидного воздействия пенициллина является факт необычайно быстрого исчезновения возбудителей гонорреи в первые же сутки, а часто через несколько часов после начала лечения пенициллином.

Сочетание таких свойств, как исключительная быстрота антибактериального действия на гонококков, отсутствие токсичности, выраженных побочных явлений, общее стимулирующее действие, ставят этот препарат в ряды активных средств борьбы с гонорройной инфекцией.

По мнению авторитетных авторов (Дембская, Порудоминский, Корчемный и др.), пенициллин показан при лечении всех форм гонорройной инфекции, как острых, так и хронических, осложненных и неосложненных, сульфамидочувствительных и сульфамидорезистентных.

Процент выздоровлений при пенициллинотерапии колеблется в пределах 85—95 и более. Эффективность пенициллинотерапии стоит в зависимости от дозировки, длительности воздействия на инфекцию и способа введения. Порудоминский пишет, что чем выше разовые дозы, тем быстрее исчезают гонококки из отделяемого. Большее число неудач получается при применении доз в 100 000 оксфордских единиц и ниже.

Лучшим методом пенициллинотерапии в настоящее время считают внутримышечное или внутривенное непрерывное капельное введение препарата.

Таким путем длительно поддерживается необходимая концентрация пенициллина в крови (Порудоминский и др.). При оценке эффективно-

сти пенициллинотерапии нельзя игнорировать, конечно, и вида микроба, особенностей патологического процесса и состояния макроорганизма. По мнению проф. Порудоминского и др., длительность воздействия пенициллина при гонорройной инфекции должна быть не менее 12 часов. Тот же автор совместно с Е. К. Дахшлейгером установил, что концентрация пенициллина в крови при разовых дозах от 20 000 до 50 000 оксфордских единиц не превышает 0,8 единиц в 1 см³, причем от повторного введения тех же доз концентрация не повышается. С другой стороны, они же установили, что гонококки в мазках исчезали тем быстрее и чаще, чем были выше разовые дозы, независимо от концентрации препарата в сыворотке.

Порудоминский делает заключение, что «постоянное сохранение поддающегося определению уровня концентрации пенициллина в крови не является существенным для успешной пенициллинотерапии гонорреи. При лечении гонорреи имеет значение концентрация не столько в крови, сколько в пораженной ткани, причем параллелизма между ними может не существовать». Это положение подтверждается и клиническими наблюдениями; оно же дает возможность объяснить малоэффективность пенициллинотерапии при некоторых осложнениях гонорреи, когда в мочеполовых органах происходят глубокие патологоанатомические изменения.

В конце 1945 г. и в 1946 г. под нашим наблюдением было 76 больных гонорреей мужчин, подвергавшихся лечению пенициллином.

Бо́льшая часть из них была прослежена от 1 до 6 месяцев после окончания лечения. Из 76 человек впервые обратились за медицинской помощью 8 человек, остальные до поступления в наше лечебное учреждение подвергались лечению различными сульфамидными препаратами.

Возраст всех больных колебался от 19 до 36 лет. По длительности заболевания больные распределялись следующим образом: от 3 до 10 дней — 8 человек, до 1 месяца — 27 человек, от 1 до 2 месяцев — 17 человек, свыше 3 месяцев — 24 человека, из них свыше года — 5 человек.

За исключением 8 больных, все остальные 68 человек подвергались сульфамидотерапии, причем один курс получили 11 человек, по 2—3 курса — 41 человек; различными методами в комбинации с сульфамидными препаратами лечилось 16 человек. Из последней группы больных 4 человека подвергались также лечению пенициллином, причем дозировок установить не удалось. Таким образом, из 76 больных с сульфамидорезистентной гонорреей было 57 человек.

По диагнозам больные распределялись следующим образом: с острым и подострым гонорройным уретритом — 14, подострыми и хроническими осложненными случаями — 62. По локализации очаговых изменений осложненные случаи гонорреи делились так: хронический уретрит, осложненный аденитом, — 20 случаев, эпидидимитом — 5 случаев, простатитом, сперматоциститом — 32 случая, полиартритом — 5 случаев.

Для лечения всех больных применялся сухой пенициллин. Пенициллин растворялся непосредственно перед употреблением в 0,85% стерильном растворе хлористого натрия по 10 см³ на каждый флакон (100 000 оксфордских единиц). Инъекции производились внутримышечно в верхне-наружный квадрант ягодицы.

Группа больных из 41 человека получала на каждую инъекцию по 30 000 оксфордских единиц через 3 часа, 20 человек — по 40 000 единиц, а остальные 15 человек — по 50 000 единиц через 3—4 часа. Большинство больных получило на курс 200 000 единиц, 14 человек — по 300 000 единиц и один больной — 500 000 единиц.

Инъекции пенициллина больные, как правило, переносили хорошо. Болезненность в месте инъекции была скоро проходящей и отмечалась

не всеми больными. Некоторые отмечали иррадиирующие быстро исчезающие боли в соответствующей нижней конечности.

Из побочных действий лишь в одном случае удалось наблюдать высыпание уртикарных элементов на коже туловища и конечностей. Указанные элементы по своим морфологическим признакам не представляли каких-либо особенностей и отличались лишь своими мелкими размерами (не более горошины). Высыпания держались около 6 часов и исчезали бесследно. Следует отметить, что подавляющее число больных указывало на улучшение общего состояния после инъекций пенициллина. Одному больному мы вынуждены были прервать лечение после третьей инъекции ввиду того, что этот больной после каждой инъекции впадал в глубокое обморочное состояние, кроме того, появлялась рвота. Здесь, несомненно, имело место особое нервно-психическое состояние больного: обычно он так реагировал на любую инъекцию.

Больных с острым гонорройным уретритом, не подвергавшихся никакой терапии, было 8 человек. У всех больных указанной группы в уретральных выделениях были обнаружены внутриклеточно гонококки Нейссера. В мазках перед второй инъекцией пенициллина гонококки обнаруживались уже в незначительном количестве и измененной формы и размеров: были крупнее обычных, более шарообразной, чем вытянутой, формы. Перед третьей инъекцией уменьшалось количество гнойных выделений из уретры, в мазках изредка встречались крупные кокковые формы. У одного из больных после второй инъекции появилось учащенное мочеиспускание, императивные позывы и помутнение мочи в обеих порциях. Все эти явления почти исчезли на следующие сутки, остались лишь скудные слизисто-гнойные выделения из уретры.

Нужно полагать, что в данном случае имел место уже предуготованный переход инфекции в заднюю уретру. Все указанные выше 8 больных получили на курс по 200 000 оксфордских единиц (по 30 000 через 3 часа, последняя инъекция — 20 000 единиц).

Срок последующего наблюдения был от 2 до 3½ месяцев, причем ни в одном случае не наблюдалось рецидива.

С подострым уретритом было 6 больных, из них 4 получили до поступления к нам по одному курсу сульфидина 15—20 г. Двум больным проводили местное лечение промываниями уретры и внутримышечными инъекциями скипидара. Все 6 больных получали внутримышечные инъекции пенициллина по 30 000 оксфордских единиц через 3—4 часа, а всего на курс по 200 000—210 000 единиц. На третий день после лечения воспалительные явления в уретре почти исчезли, объективно обнаруживалось лишь незначительное количество серозно-гнойных выделений, моча из мутной превратилась в совершенно прозрачную с легкими слизисто-гнойными нитями.

При микроскопии мазков до и во время лечения констатировалась совершенно одинаковая картина с описанной выше при лечении больных острым гонорройным уретритом. Через 5 дней после окончания лечения у одного из 6 больных вновь появились клинические признаки обострения гонорройного уретрита; в мазках было обнаружено большое количество внутриклеточных гонококков. На вторые сутки после отмеченного обострения присоединились симптомы заднего уретрита. Больной был подвергнут повторному лечению пенициллином в дозах по 50 000 оксфордских единиц через 4 часа; он получил всего 4 инъекции. Через 7 дней у больного при уретроскопии был обнаружен мягкий инфильтрат в средней трети висячей части уретры, который через 2½ недели полностью рассосался под влиянием бужирования.

У всех 6 больных в течение последующих 1½—2 месяцев после лечения не удалось установить каких-либо признаков гонорреи, как клинических, так и бактериоскопических.

20 больных с подострым и хроническим уретритом, осложненным аденитом, подвергавшихся ранее безуспешной неоднократной сульфамидной терапии, получили в нашем стационаре по 200 000 оксфордских единиц на курс (по 30 000 единиц через 3—4 часа). Как правило, в уретральных выделениях гонококки исчезали уже после 2, иногда после 3 инъекций пенициллина. Однако уретроскопическая картина побуждала продолжать лечение механотерапией (бужирование). Следует констатировать, что срок лечения этих больных оказался значительно короче, чем требуется при других методах лечения; все 20 больных в среднем лечились 15—16 дней.

Группа в 5 человек поступила в отделение с явлениями острого эпидидимита, большей частью одностороннего. В уретре у всех больных отмечалась различная степень обострения, в мазках у всех были обнаружены гонококки Нейссера вне- и внутриклеточно. В результате лечения внутримышечными инъекциями пенициллина по 200 000—300 000 оксфордских единиц на курс выделения из уретры резко уменьшились, гонококки также быстро исчезли, однако со стороны придатков в течение последующих 2—3 дней не отмечалось сколько-нибудь заметного облегчения, инфильтрат оставался без изменения, а в одном случае присоединился даже и выпот в оболочки яичка. Через 4—5 дней у 3 больных в мазках были вновь обнаружены гонококки Нейссера. Лишь после повторного курса пенициллинотерапии у этих больных гонококки исчезли из уретральных выделений. Инфильтрат в придатке у всех больных рассасывался довольно медленно, и мы вынуждены были применить диатермию.

Повидимому, при эпидидимитах имеются довольно значительные патологоанатомические изменения в тканях, препятствующие проникновению достаточного количества пенициллина, а следовательно, и достижению действенной концентрации его.

Группа из 32 больных с хронической осложненной гонорреей подвергалась пенициллинотерапии по 150 000—300 000 оксфордских единиц на курс. Инъекции производились по 30 000, 40 000 и 50 000 единиц через 3—4 часа.

Выделения из уретры прекратились у большинства на 3—7-й день, моча в двустаканной пробе была прозрачная, с небольшим количеством слизистых, слизисто-гнойных нитей.

Гонококки Нейссера исчезли из уретральных выделений в течение первых 4—6 часов лечения, причем при введении за 1 инъекцию по 50 000 единиц быстрее, чем при введении 30 000 единиц.

Так как у большинства больных из указанной группы был катаральный или фолликулярный простатит, мы, вполне естественно, обратили особое внимание на состояние предстательной железы и ее секрета. При отсутствии пальпаторных изменений со стороны простаты у 16 больных исследовали секрет простаты каждые 7—10 дней в течение 1—1½ месяцев, причем за исключением 3 больных у всех остальных лейкоцитоз неизменно уменьшался, количество липоидных зерен увеличивалось. У 2 больных лейкоцитарная картина сока простаты побудила нас после двукратной провокации отказаться от дальнейшего наблюдения. 14 больных с объективными данными фолликулярного простатита после окончания лечения пенициллином оставались под наблюдением до 2 месяцев, причем 3 больным из этой группы ввиду обострения, наступившего через 8—10 дней, были назначены внутримышечные инъекции молока с последующим курсом пенициллина в количестве 150 000 оксфордских единиц.

Одновременно было проведено местное лечение уретры и простаты. Таким образом, удалось добиться излечения всех 14 больных. Среди всех больных, находившихся под наблюдением, было двое с острым паренхиматозным простатитом. Больные при поступлении в отделение

находились в довольно тяжелом состоянии, температура до 40°, простата резко увеличена in toto, дизурические расстройства резко выражены, моча в двух порциях диффузно мутная. Один больной получил за 1 курс лечения пенициллином 200 000, другой — 300 000 оксфордских единиц. Инъекции производились внутримышечно по 40 000 единиц через 3—4 часа. На другой же день после лечения общее состояние обоих больных резко улучшилось, температура понизилась до нормы, мочеиспускание стало почти безболезненным, выделения из уретры, которых вообще и до лечения было мало, не содержали гонококков; на 3-й день моча в 2 стаканах прозрачная, с гнойными нитями. Осмотр простаты через 3 дня показал значительное уменьшение ее размеров и малую болезненность при пальпации. В дальнейшем в течение месяца исследование секрета предстательной железы давало колебания количества лейкоцитов в пределах 40—50 и более. Ввиду наличия грубых изменений при пальпации железы и значительного лейкоцитоза в соке простаты больным назначено физиотерапевтическое лечение (диатермия, грязевые тампоны) до полного выздоровления. Таким образом, из 32 больных, страдающих хроническим гонорройным уретритом, осложненным простатитом, 29 излечились после одного курса пенициллина и 3 — после двух курсов.

Наблюдения показали, что чем продолжительнее заболевание у больного, чем больше изменений в заболевшем органе, тем труднее они поддаются лечению пенициллином. Случаи хронической гонорреи, сопровождающиеся фиброзными формами простатита, особенно резистентны к пенициллинотерапии и, как правило, требуют дополнительного рассасывающего лечения.

Под нашим наблюдением было 5 больных с подострым и хроническим уретритом, осложненным гонорройным артритом. Эти 5 больных по формам поражения суставов, по распространенности можно распределить следующим образом: токсический полиартрит без выраженных анатомических изменений со стороны суставов, но с резким нарушением функций суставов был у 2 человек и с поражением одного или двух суставов со значительным деформированием их вследствие выпота — у 3 больных. У этих 3 человек движения в суставах были резко ограничены, особенно активные. Длительность заболевания суставов колебалась от нескольких дней до нескольких месяцев. Все больные были доставлены в наше лечебное учреждение на носилках с температурой от 37,5° до 38,6°. До поступления к нам 4 больных подвергались лечению сульфамидными препаратами, большинство их приняли салициловый натрий в больших дозах, но безрезультатно. Установлено, что у 2 больных был задний уретрит и фолликулярный простатит: 3 больных страдали хроническим простатитом и сперматоциститом, а у одного из них констатировался и куперит. В мазках из уретральных выделений обнаружены гонококки Нейссера.

5 человек прошли курс пенициллинотерапии в виде внутримышечных впрыскиваний. Общая доза на курс колебалась от 300 000 до 500 000 оксфордских единиц. Инъекции производились через 3—4 часа по 40 000—50 000 единиц. После получения суммарной дозы в 120 000—150 000 единиц все больные отмечали значительное уменьшение болезненности в суставах, после 150 000—200 000 единиц температура у всех понизилась до нормы. В три последующие дня после лечения состояние больных стало резко улучшаться, боли в суставах почти полностью исчезли, появилась возможность движения в них. Лишь один человек на 5-й день после лечения, кстати сказать, получивший 500 000 единиц, почувствовал вновь обострение в пораженных суставах, температура повысилась до 38°, общее состояние резко ухудшилось. В уретральных выделениях обнаружены атипические формы гонококков Нейссера. Больному назначен сульфазол и инъекции молока, а в дальнейшем фи-

зиотерапевтические процедуры и лечебная физкультура. Все остальные больные в течение 1—2 недель смогли встать и начали самостоятельно передвигаться. При последующем контроле в сроки от 2 до 6 месяцев оказалось, что у 3 больных полностью восстановилась функция суставов и они вернулись к своей постоянной работе, у одного осталось некоторое ограничение подвижности в правом лучезапястном суставе и атрофия мышц. Но при рентгенографии никаких деструктивных изменений в суставах не установлено.

Таким образом, из 76 человек излечилось после первого курса лечения пенициллином 68 человек, или 89,4%. 7 человек вылечены лишь после повторного курса лечения пенициллином и один больной не подвергался повторному лечению. Наши результаты не противоречат литературным данным по этому же вопросу.

В процессе наблюдения над действием пенициллина при всех формах гонорройной инфекции у мужчин мы пришли к выводу, что для получения благоприятного эффекта необходимы не столько повышенные курсовые дозы, сколько применение более высоких разовых доз. Неудачи были получены при применении суммарных доз в 200 000 и в 300 000 оксфордских единиц в одинаковой степени, если разовые дозы не превышали 30 000 единиц. Мы ряду больных вводили 300 000 и 500 000 единиц лишь потому, что в этих случаях имелось длительное заболевание и глубокие изменения в пораженных органах. Бесспорно, что пенициллин является весьма эффективным средством при лечении гонорройной инфекции. Для этой цели суммарные дозы в 200 000 оксфордских единиц являются, по нашим наблюдениям, вполне достаточными при условии применения разовых доз в 40 000—50 000 оксфордских единиц через 3—4 часа.

Малочисленность наблюдений, отсутствие более углубленного изучения действия пенициллина не дает нам права на какие-либо категорические выводы. Вопрос требует дальнейшего углубленного изучения. Особенно важно изучить отдаленные результаты пенициллинотерапии гонорреи.

*

Подполковник мед. службы К. С. ПЕТРОВСКИЙ

КАЧЕСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ ПИТАНИЯ

Давно известно, что полноценность военных рационов зависит не только от общего содержания белка, но и от количества животных белков. Животные белки должны составлять не менее трети всего количества белков. Известно также, что к полноценным жирам относится только сливочное масло, причем полноценность его определялась высокой усвояемостью и наличием жирорастворимых витаминов. В отношении углеводов никаких требований качественного порядка не выдвигалось.

Каковы же качественные требования к питанию солдата теперь? Сколько и каких белков, жиров и углеводов должно быть в суточном рационе солдата?

Белки. Синтез белков в организме является сложным процессом, в котором до сих пор многое не выяснено.

Все белки организм синтезирует из отдельных аминокислот, на которые распадаются белки пищи после их гидролиза. Некоторые аминокислоты организм может синтезировать непосредственно, другие должны поступать в организм в готовом виде с белками пищи.

Если какая-либо аминокислота, не синтезируемая организмом, не будет представлена в составе белков пищевого рациона, восстановление тканей организма невозможно, несмотря на количество вводимой пищи.

Таким образом, основная ценность белка (в биологическом смысле) зависит от наличия в его составе аминокислот, не синтезируемых в организме и содержащихся в готовом виде.

К группе заменимых, синтезируемых в организме, аминокислот относятся гликокол, аланин, серин, тирозин, цистин, пролин, оксипролин, норлейцин, аскорбиновая кислота, глутаминовая кислота, иодгоргоновая кислота и др.

К несинтезируемым, следовательно, незаменимым, аминокислотам относятся триптофан, лизин, фенилаланин, лейцин, изолейцин, треонин, метионин, валин, аргинин и гистидин.

В последнее время установлено, что организм может нормально функционировать при отсутствии в пищевом рационе таких аминокислот, как аргинин и гистидин (вопрос о синтезе их в организме еще не выяснен).

Таким образом, особого интереса заслуживают триптофан, лизин, фенилаланин, метионин, треонин, лейцин, изолейцин и валин, суточная потребность которых показана в табл. 1.

Блок и Боллинг на основании исследований Роузу и Мосли подсчитали содержание аминокислот в рационах американского населения и определили суточную норму необходимых аминокислот (табл. 2).

Наиболее полно представлены жизненно необходимые аминокислоты в белках животного происхождения (белки мяса, рыбы, молока, яиц). Близки к животным по аминокислотному составу белки сои, риса и картофеля. Практически белки этих растительных продуктов можно отнести к полноценным.

Содержание несинтезируемых аминокислот в некоторых продуктах представлено в табл. 3.

В основных армейских нормах питания содержание отдельных аминокислот различно. Количество триптофана, лейцина, фенилаланина и метионина приближается к норме; содержание лизина, треонина, изолейцина и валина находится в пределах суточной потребности.

Таблица 1

Наименование аминокислоты	Суточная потребность (в г)	
	по Роузу	по Мосли
Триптофан	1,2	0,9
Лизин	6,0	4,6
Фенилаланин	4,2	4,2
Метионин + цистин	3,6	3,7
Треонин	3,6	3,2
Лейцин	5,4	9,6
Изолейцин	3,0	3,1
Валин	4,2	3,2

Таблица 2

Наименование аминокислоты	Суточная потребность (в г)
Триптофан	1,1
Лизин	5,2
Фенилаланин + тиронин	8,3
Метионин + цистин	3,8
Треонин	3,5
Лейцин	9,1
Изолейцин	3,3
Валин	3,8

Таблица 3

Наименование аминокислоты	Содержание на 100 г продукта (в г)				
	мясо	молоко	хлеб	соя	рис
Триптофан	0,26	0,06	0,08	0,71	0,20
Лизин	1,62	0,27	0,24	2,57	0,38
Фенилаланин + тирозин	1,65	0,40	0,81	4,61	0,98
Метионин + цистин	0,86	0,14	0,41	1,43	0,48
Треонин	0,83	0,17	0,29	1,90	0,32
Лейцин	2,40	0,60	1,08	3,50	1,17
Изолейцин	0,70	0,16	0,41	1,90	0,42
Валин	0,70	0,16	0,41	2,20	0,52

Практически можно считать белковую часть войскового рациона достаточной, если она составляет не менее 10—15% общесуточного калоража (акад. А. Я. Данилевский) и если на долю животных белков приходится не менее 30% общего количества белков. Весьма желательно, чтобы в числе 70% растительных белков 10% составляли белки сои, картофеля и риса, так как они по своему аминокислотному составу приближаются к животным белкам.

Жиры. Физиологическое значение жира в питании человека весьма многообразно. Жир является не только источником тепловой энергии,

он обусловливает также нормальную усвояемость жирорастворимых витаминов, поставляет организму ряд важных веществ, оказывает регулирующее влияние на работу щитовидной и поджелудочной железы путем воздействия на ретикуло-эндотелиальный аппарат, влияет на иммунитет (акад. Богомолец).

Полноценность пищевого жира до сих пор рассматривалась только с точки зрения усвояемости и наличия в нем жирорастворимых витаминов. В результате накопившихся исследований выявилось иное, более важное, значение жиров. Полноценность пищевого жира теперь определяется наличием в нем таких компонентов, как специфические липоиды и высоконенасыщенные жирные кислоты типа арахидоновой, линолевой, линоленовой и др.

Липоиды — сложные органические соединения — постоянная составная часть клеток и тканей организма. Они не служат энергетическим материалом, хотя состав некоторых из них аналогичен составу нейтральных жиров. Липоиды активно участвуют в физиологической жизни клетки, тканей и организма в целом. Подобно белкам, липоиды определяют индивидуальность тканей.

Исключение из пищевого рациона липоидов и высоконенасыщенных жирных кислот ведет к тяжелым расстройствам организма.

Липоидный состав организма в большей степени, чем белковый, зависит от липоидного состава пищи. Одностороннее углеводное питание влечет за собой мобилизацию резервных липоидов организма и усиленный расход их.

В связи с этим весьма важно установить, какие жиры следует считать полноценными. Исчерпывающего ответа на этот вопрос дать пока невозможно. Однако известно, что коровье масло, жир яйца и тресковый жир содержат все необходимые вещества, поэтому они относятся к полноценным жирам. Не исключена возможность, что благоприятный терапевтический эффект, получаемый при систематическом приеме рыбьего жира, обусловливается в первую очередь наличием в нем именно этих веществ в количествах, значительно бо̀льших, чем в пищевых жирах. Общеукрепляющее действие рыбьего жира на организм детей общепризнано. Чистые препараты витаминов A и D не могут заменить рыбьего жира. Рассматривать рыбий жир только как среду, в которой растворены витамины A и D, неправильно. Раствор витаминов A и D в каком-либо растительном жире — не то же самое, что рыбий жир.

Несомненно, что липоиды и жирные кислоты, которыми так богат рыбий жир и которые так нужны растущему организму, имеют для последнего исключительно важное значение, во всяком случае не меньшее, чем витамины A и D. Вопрос же о степени полноценности различных видов животного жира пока еще не решен.

Наибольшую биологическую ценность представляет тканевой жир, который должен быть отнесен к полноценным. Депонированный жир (подкожный жир, внутреннее сало) не содержит дополнительных веществ и не может считаться полноценным. В связи с этим большое значение имеет степень упитанности скота, мясо которого поступает на снабжение войск. Чем выше упитанность, тем лучше. Желательно также использовать в питании солдат более жирные сорта рыбы и сельдей.

По аналогии с животным организмом можно предполагать, что и в растительном царстве тканевой жир также должен содержать жизненно необходимые вещества. Особо интересны в этом отношении зародыши семян злаков.

Таким образом, при оценке качественного состава жира нельзя руководствоваться только его происхождением (животный или растительный), так как животный жир в большинстве является депонированным жиром, т. е. неполноценным.

В связи с этим большое значение имеют мероприятия по повышению биологической ценности различных жиров путем обогащения их витаминами A и D, некоторыми липоидами и др.

Углеводы. Углеводы — основной источник энергии. Но значение их не только в этом. Углеводы оказывают влияние на многие функции и состояние организма. Например, при ограниченном потреблении белка введением сахара достигается экономия в расходовании белковых веществ в организме. Недостаточное поступление сахара с пищей при физических нагрузках влечет усиленный расход белка (и жира). При достаточном количестве углеводов в пище и при хорошей их усвояемости расход белка ограничивается, и, наоборот, при достаточной белковой пище соответственно сокращается расход углеводов.

Не менее важна роль сахара и в обмене жиров. Когда расход энергии не покрывается ни углеводными запасами организма, ни углеводами пищи, начинается образование сахара из жира (и белка). Если учесть, что углеводные запасы организма крайне ограничены, то при интенсивной физической работе их хватает очень ненадолго (на 15—30 минут) и при продолжающейся работе происходит мобилизация жира для производства сахара. Насколько ограничена в организме емкость углеводных депо, видно из того, что при напряженной работе весь печеночный гликоген (а печень — основное депо гликогена) расходуется в несколько минут.

Основным источником углеводного обмена в организме является гликоген, содержащийся преимущественно в печени и мышцах (свыше 80% общего количества). Работа мышцы происходит за счет содержащегося в ней гликогена, и если запасы его истощились, используется гликоген других органов, в первую очередь печени. Усиленный расход гликогена происходит не только при физических напряжениях, но и при голодании. Наравне с белковыми веществами, гликоген — важнейший фактор, обусловливающий нормальную функцию мышцы и организма в целом. Поэтому большой интерес представляют те вещества, которые могут служить гликогенообразователями. Для этой цели используются моносахариды — глюкоза, фруктоза, галактоза. Установлено, что многие аминокислоты являются гликогенообразователями. Например, гликоколь и аланин отдают весь свой углерод на образование гликогена, серин и цистин также отдают порядочную долю углерода для этой цели: аспарагиновая и глутаминовая кислоты отдают половину углерода и т. д.

Лучшим материалом для синтеза гликогена служит моносахарид глюкоза; переход моносахаридов в глюкозу совершается в организме легко, как и переход глюкозы в другие моносахариды. Дисахариды (в форме свекловичного или тростникового сахара) быстро подвергаются ферментативному расщеплению, и образующаяся глюкоза используется организмом для гликогенообразования. После приема сахара повышение его концентрации в крови начинается в ближайшие минуты и достигает максимального уровня через 40 минут.

Моносахариды и дисахариды — источники быстрого гликогенообразования и в то же время источники быстрого восстановления энергии при больших физических напряжениях.

Основной углевод пищи — крахмал — в составе овощей, крупы и хлеба медленно усваивается организмом и не может быстро использоваться для гликогенообразования.

Существенная часть растительных продуктов — углевод целлюлоза (клетчатка) плохо ассимилируется в организме, так как фермента, гидролизующего целлюлозу, — целлюлазы у человека нет.

Пентозы из растительной пищи сгорают в организме, и переход их в декстрозу и далее в гликоген мало вероятен.

Таким образом, можно притти к следующим выводам.

1. Мышечная работа сопровождается значительным расходом гликогена, запасы которого в организме ограничены.

2. Источником образования гликогена являются моносахариды (глюкоза и др.), образующиеся в результате расщепления углеводов пищи в организме.

3. Так как основной углевод пищи — крахмал, находящийся в растительных продуктах, расщепляется и усваивается медленно, а гликоген при интенсивной работе расходуется быстро и в большом количестве, то организм не успевает получить нужные ему материалы — моносахариды — для продуцирования необходимых количеств гликогена. Наступает усиленная мобилизация гликогенообразователей внутри организма за счет деятельности других органов.

4. Единственными углеводами пищи, быстро расщепляемыми и усвояемыми, используемыми немедленно для гликогенообразования, являются дисахариды (в форме свекловичного или тростникового сахара).

Таким образом, во всех случаях при больших физических напряжениях (а таких напряжений в военной деятельности бывает немало) возникает необходимость быстрого восстановления энергии и бесперебойного пополнения расхода гликогена, являющегося источником непосредственного питания работающей мышцы.

Легкоусвояемые углеводы удовлетворяют этому требованию и могут быстро пополнить происшедшие траты.

В условиях армии вопрос о легкоусвояемых углеводах приобретает особую важность. Сейчас при оценке качественных факторов питания вполне назрела необходимость введения в тот или иной рацион легкоусвояемых углеводов. Ограничиваться общим нормированием углеводов, не выделяя легкоусвояемые, неправильно, так как легкоусвояемые углеводы являются основным фактором, характеризующим степень полноценности углеводного питания. Как в группе белков и жиров имеются полноценные виды, содержащие необходимые компоненты, так и в группе углеводов имеются полноценные легкоусвояемые виды; вторые подлежат особо тщательному учету при оценке рационов. В ряде случаев доставка организму хотя бы минимального количества легкоусвояемых углеводов позволит в некоторой степени сократить в организме расход белка и жира. При больших физических напряжениях (марш, земляные работы и др.) дополнительная выдача сахара (леденцов, конфет) — вполне оправданное и целесообразное мероприятие.

Увеличение сахарного рациона за счет использования фруктов, ягод и бахчевых также можно рекомендовать, особенно для войск Закавказского, Туркестанского и других военных округов.

★

Полковник мед. службы В. М. КОРНЕЕВ

Из Военно-медицинского музея Вооруженных Сил СССР (начальник—полковник мед. службы А. Н. Максименков)

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ ДЕЛО В ОТЕЧЕСТВЕННУЮ ВОЙНУ 1812 ГОДА

(к 135-летию Отечественной войны 1812 г.)

Русская наука развивалась своим, оригинальным путем. Она дала человечеству много замечательных открытий. Русская военно-медицинская мысль, начиная с эпохи Петра I, развивалась особенно самобытно, во многих отношениях опережая и показывая пример западноевропейской мысли. По свидетельству О. А. Бойрашевского, специально изучавшего вопрос об организации военно-санитарного дела в главнейших европейских странах, наши военно-лечебные заведения в смысле постановки лечения всегда шли впереди западноевропейских. Я уже не говорю о большом периоде жизни и деятельности нашего гениального Н. И. Пирогова, который «не имел себе равного во все века, в любой стране, у всех народов» (акад. С. С. Юдин). Передовую роль нашей военно-медицинской науки можно ярко показать и на примере работы военно-медицинской службы русской армии в Отечественную войну 1812 г. Отечественной литературы за этот период очень немного. Активные деятели военно-медицинской службы русской армии (Виллие, Лодер, Самойлович, Мудров и др.), в отличие от французских, не оставили обобщенных данных за период своей деятельности.

Бо́льшая часть имеющейся русской литературы, основанной на многотомных трудах Ларрея и мемуарах французских врачей, восхваляет постановку дела в наполеоновской армии и отрицательно оценивает работу русской военно-медицинской службы (Кассирский и др.). Только немногие авторы, кропотливо изучавшие материал по подлинникам, приходят к правильным выводам.

Тщательный анализ материалов и литературы показывает, что военно-медицинская служба русской армии справилась с задачами значительно лучше, чем восхваляемая санитарная служба французской армии.

24 июня 1812 г. шестисоттысячная армия Наполеона I переправилась через Неман и вторглась в пределы России. Наполеон был уверен в быстрой и верной победе над втрое меньшей русской армией; он, как никогда, тщательно готовился в походу. Предусмотрено было как будто все. Единственное обстоятельство, не имевшее существенного значения в прежних походах (не считая похода в Египет), теперь он не учел в достаточной степени. Речь идет о военно-медицинской службе, которая в условиях массовой армии начинала играть важную роль.

Наполеон не знал санитарных нужд солдат и по существу мало заботился о своих раненых и больных. Французская армия не имела стройного законодательства по военно-санитарному делу. В каждом походе организация медицинской помощи раненым и больным зависела от усмотрения самого Наполеона и от распорядительности его корпусных командиров (маршалов). Положение военных врачей во французской армии было очень печальным. После 5—6 походов с наполео-

новской армией врачи без всякого жалованья увольнялись, а когда потребность во врачах вновь возникала, их призывали в качестве простых солдат. У Наполеона были крупные организаторы — хирурги Перси, Ларрей, эпидемиолог Деженет и др. Перси был главным врачом французской армии. Он понимал плачевное положение врачей и плохую организацию медицинской помощи в войсках и пытался улучшить то и другое. Перси предложил организовать для армии корпус хирургов и для уборки раненых с поля боя — специальные команды носильщиков. Наполеон оба предложения отклонил.

Лейб-хирург Ларрей являлся ближайшим другом Наполеона. Он участвовал совместно с Наполеоном во всех его походах и сражениях, был трижды ранен. В 1805 г. Ларрей был назначен генеральным медицинским инспектором французской армии; в 1812 г. перед походом в Россию назначен главным хирургом «Великой армии». Ларрей предложил для приближения хирургической помощи к передовой линии быстро эвакуировать раненых с поля боя, учредить летучие подвижные лазареты (амбулансы). Несмотря на близость к Наполеону, Ларрею не удалось целиком внедрить эти принципы во французскую армию, и Ларрей жалуется на равнодушие полководца к судьбе раненых и больных своей армии, а врач Кергоф называет Наполеона кровожадным тигром. Маршалы следовали примеру своего императора. Они, как правило, игнорировали вопросы, связанные с работой медицинской службы.

В лазаретах французской армии не было носилок. Во время похода в Россию лазаретное имущество и медикаменты полка возились в одной фуре четверной запряжки; эти фуры при первых же переходах отстали от своих полков, отчего с первых же дней кампании в полках не было самого необходимого материала и лекарств. Подвижных госпиталей у французов фактически не было. Временных военных госпиталей было немного, но и имевшиеся находились в ужасном состоянии: в них не было ни пищи, ни перевязочных средств, ни лекарств. Огромное число больных, по отзывам врачей, умирало с голоду. В таком положении в Вильно было 16 госпиталей, в других местах положение было еще хуже. Французский военный врач Генрих Росс рассказывает: «Старший врач Вюртембергского лазарета был в полном унынии, так как многочисленные больные умирали от злостного поноса без всякой медицинской помощи, вследствие недостатка самых необходимых медикаментов».

В Смоленске после его занятия французы устроили госпитали на 10 000 раненых. Эти госпитали оказались только очагами заразы. Ларрею пришлось перевязывать раненых бумагами Смоленского архива, пользоваться паклей вместо корпии и др. Сам Ларрей описывает это так: «Мы, как и в Витебске, ощущали большой недостаток необходимых материалов. Мне, как и раньше, приходилось измышлять разные средства, чтобы чем-нибудь заменить недостающее. Так, вместо белья, которое мы ...израсходовали в первые же дни, я пользовался бумагой, найденной в архиве... Пергамент заменял лубок, пакля и тонкая береста — корпию, на бумагу же клали раненых». А вот что говорит французский интендант Пюисбюск, оставленный в Смоленске: «Прежде, бывало, ни один генерал не вступит в сражение, не имея при себе лазаретных фур, а теперь все иначе, кровопролитнейшие сражения начинают, когда угодно, и горе раненым, зачем они не дали себя убить. Несчастные отдали бы последнюю рубашку для перевязки ран, но теперь у них нет ни лоскутка, и самые легкие раны делаются смертельными». А ведь это было начало похода.

Дальше дело пошло еще хуже. После Бородинского сражения голод так давал себя знать, что многие «ходячие» раненые французы бродили по полям битвы, отыскивая хлеб в ранцах убитых товарищей. В качестве примера отношения Наполеона к своим раненым и больным можно привести еще его приказ, посланный в Смоленск и другие мес-

та, где были раненые, перед отступлением из Москвы. В этом приказе предписывалось заботиться о тех раненых, которые могут выздороветь в течение недели, а остальных предоставить их судьбе. Только в Вильно, после освобождения его русскими войсками, осталось 30 000 раненых французов. В «Великой армии» свирепствовали желудочно-кишечные заболевания. Лагерные стоянки, бивачные ночлеги и остановки войск всегда были загрязнены жидкими экскрементами людей и лошадей. Это обстоятельство было столь характерным для французской армии, что им как отличительным признаком пользовались русские разведчики.

В числе семи причин огромных потерь наполеоновской армии, приводимых Клаузевицем в его работе «1812 год», три относятся к вопросам медико-санитарным. В числе их «большой недостаток в госпиталях, в результате чего больные и раненые не могли быть излечены и посланы в догонку к своих частям».

Санитарное неустройство, отсутствие должного внимания к организации лечения своих раненых, особенно легко раненых и больных (реконвалесцентов и переутомленных), и явились одной из причин огромной убыли действующей армии.

В русской армии вопрос стоял по-иному. Русский солдат чувствовал заботу о себе со стороны офицеров и главного командования. Много русских генералов и офицеров унаследовали от Суворова основной завет: «Солдат дорог. Береги здоровье». Русские военные врачи участвовали во многих походах и имели большой опыт в работе. Выдающиеся военные врачи (Бахерахт, Белопольский, Мудров, Самойлович) и в печати, и в своей практической деятельности пропагандировали профилактику, внедряли в работу военно-медицинской службы профилактические начала.

В 1809 г. профессор военной медицины в Москве М. Я. Мудров в своем «Слове о пользе и предметах военной гигиены или науки сохранить здравие военнослужащих» учил: «Полковых лекарей и дивизионных докторов должность есть... предупреждать болезни, а тем более учить солдат беречь свое здоровье».

В 1805 г. главным инспектором по медицинской части был назначен известный хирург Яков Васильевич Виллие. Он сумел использовать в практической работе в армии достижения выдающихся представителей русской медицины (Самойлович, Мудров, Буш и др.) и сыграл большую роль в развитии русской военной медицины, во главе которой стоял свыше 40 лет. В 1806 г. были проверены и исправлены образцы хирургических инструментов; составлены корпусные, полковые и батальонные ящики, а также карманные наборы, которые должен иметь каждый военный врач. В этом же году Я. В. Виллие написал и издал «Краткое наставление о производстве важнейших хирургических операций», «основанное не только на советах славных медикохирургов, но и на собственных опытах».

В начале 1807 г. составлено и утверждено новое «Положение о порядке в учреждении при заграничной армии госпиталей». Временные госпитали по положению разделены на три разряда:

а) перволинейные — для наиболее трудных больных, перевозка которых сопряжена с опасностью для жизни, а также для больных с самыми легкими, скоропроходящими ранениями и заболеваниями;

б) второлинейные — для раненых и больных, которые после более или менее продолжительного лечения могли вернуться в строй;

в) третьелинейные, расположенные в России или близко к границе — для увечных и других больных, неспособных к строевой службе.

К началу 1812 г. вся военно-врачебная часть подверглась коренным преобразованиям. Для повышения военно-медицинских знаний учрежден Медицинский совет. Военная медицина отделена от гражданского

ведомства и разделена на сухопутную и морскую. Под руководством военного министра Барклая де Толли разработано и утверждено 27 января 1812 г. «Положение для временных военных госпиталей при большой действующей армии».

Положением предусмотрено, что при формировании большой действующей армии должны быть развернуты временные военные госпитали трех видов: главные военные госпитали, подвижные военные госпитали и развозные военные госпитали. «Главные военные госпитали развертываются для лечения раненых, присылаемых из армии разного звания больных». Учреждаются они за линией подвижных военных госпиталей. «Подвижные госпитали устраиваются для лечения больных и раненых во время движения армии и следуют за оною». Они учреждаются за центром и флангами армии в несколько линий. «Развозные госпитали состоят из лазаретных фур, для первой помощи раненым, на месте сражения, и перевозки их в подвижные госпитали».

Развозные госпитали должны были иметь одну тысячу подвод и рассчитаны были на 15 000 раненых, из которых предполагалось 3 000 тяжело раненых. Легко раненым указывались места расположения лекарей и лазаретных фур. «Избрание мест для госпиталей должно быть предпочтительно при реках, на земле сухой, песчаной и сколь можно удаленной от болот» (§ 44 Положения). «В каждом главном и подвижном госпитале второй линии устраиваются несколько отдельных палат для принятия выздоравливающих и одна запасная» (§ 47 Положения).

Принималось за норму, что число больных будет составлять десятую часть наличного состава армии. На каждые 200 больных предполагалось иметь одного врача и при нем 6 лекарских учеников. Кроме временных госпиталей, в каждой части войск были свои лазареты: в пехотных полках — на 60 больных, в полках тяжелой кавалерии — на 25 и в полках легкой кавалерии — на 45. На каждом этапе, помимо перевязки и операции, если она нужна, раненым выдавали довольствие. В развозном госпитале, например, полагалось «на каждого человека хлеба ржаного 2 фунта, соли 7 золотников и по чарке вина».

Достаточные запасы перевязочного материала и медикаментов для снабжения госпиталей были сосредоточены в аптекарских магазинах, которые располагались за линией госпиталей. Во главе госпиталей стояли: по части хозяйственной и аптекарской — директор военных госпиталей, по части медицинской — главный доктор.

Перед началом войны в армии было разослано «Наставление пехотным офицерам», в п. 1 которого говорится: «Офицер должен заботиться о здоровье и пище солдат...»

Таким образом, у нас в армии уже в начале 1812 г. действовала стройная военно-санитарная организация.

Всего в 1812 г. было до 850 военных врачей и до 1 200 фельдшеров. Основная масса военных врачей являлась питомцами Медико-хирургической академии, которая к началу войны произвела 12 выпусков. Они выделялись среди других врачей значительно лучшей подготовкой, особенно в области хирургии, и более широким кругозором. Хирургия в России в тот период стояла на высоком уровне. В 1811 г. уже вторым изданием вышло «Руководство к преподаванию хирургии» акад. И. Ф. Буш, который по определению В. А. Оппеля являлся «стволом русской хирургии».

В действующую армию были призваны студенты медицинских факультетов, которые, хотя и не на много, все же увеличили количество медицинского состава. К 1812 г. в России было уже 65 военно-временных госпиталей. С началом военных действий количество их увеличилось, стали создаваться и подвижные госпитали на 15 000 раненых. Большой некомплект врачебного состава (до 30%) и недостаток лоша-

дей не позволили все же осуществить полностью все, что было намечено.

После сражения русские врачи напряженно работали, спасая жизнь раненых бойцов и офицеров. На перевязочных пунктах стояли лужи крови. «По рассказам стариков, наши хирурги в Бородинском сражении так много ампутировали, что стояли на перевязочных пунктах по «щиколки в крови» (Н. И. Пирогов); стоны, крики от боли были обычным явлением, так как обезболивающих средств тогда еще не было.

Рис. 1. После битвы. Рис. Орловского

К Бородинскому сражению тщательно готовилась и санитарная служба. Н. Муравьев отмечает, что «со всех окрестных деревень пригоняли в Можайск много подвод для отвоза раненых».

Кутузов, так же как и Суворов, был твердо убежден, что главная сила русской армии в ее солдате, что необходима постоянная забота о нем, о его здоровье. Кутузов все время заботился о раненых, следил за их судьбой, посылая многих генералов и офицеров для проверки положения раненых в госпиталях и больницах.

Характерно, что в русской армии почти совсем не было отсталых за весь период отхода до Москвы.

Виллие писал Аракчееву о проведенной работе:

«В Витебске и Поречье я производил много операций и был свидетелем сделанной наилучшим образом перевязки прибывшим в сии города раненым...» (рис. 1). Говоря о Бородинском сражении, Виллие сообщает, что, находясь в центре армии при главнокомандующем Кутузове, он сделал распоряжение, чтобы две трети всего числа врачей

находились в третьей линии впереди резервов и что им устроены врачебные пункты для оказания помощи транспортируемым раненым.

К концу августа в Москве скопилось до 30 000 раненых. Их эвакуация из Москвы началась сразу же после Бородинской битвы (рис. 2). Легко раненые были отправлены пешком. Раненых, которые не могли итти, отправляли на подводах, составлявших огромные обозы. По этому вопросу Виллие в том же письме сообщал Аракчееву, что им назначен лейб-медик с 50 врачами для сопровождения вывозимых из Москвы больных и раненых.

Рис. 2. Бородинское сражение 7 сентября 1812 г.
Вывоз с поля боя санитарной повозки. Худ. П. Гесс

Лейб-медик Лодер сыграл во время войны крупную роль в качестве организатора госпиталей и лечения раненых. Он строго наводил порядок в госпиталях. Несмотря на мытарства раненых в связи с отступлением, из 30 000 раненых, прошедших через госпитали Лодера, выздоровело 77% солдат, 60% офицеров. Правда, наиболее тяжелые раненые были оставлены в Можайске и Москве, и большинство их погибло. В Можайске всех оставшихся наших раненых французы выбросили из помещений на улицу, в Москве они обращались с ранеными русскими не лучше.

С сыпным тифом в войсках велась весьма активная и успешная борьба. На основе опыта, накопленного во время войны, 10 декабря 1812 г. была издана «Инструкция о предотвратительных мерах против сыпного тифа».

К концу 1812 г. сыпной тиф в войсках почти прекратился, и наша армия в удовлетворительном санитарном состоянии начала заграничный поход. Вперед наша армия шла еще более успешно, более уверенно. По этому поводу Ф. Вигель образно говорит: «Отчего же русские, преследуя французов, подобно им, не падали, как мухи? Оттого, что они были в шапках, шубах, даже в лаптях и не с пустыми желудками».

Во всяком случае санитарное состояние русской армии было значительно лучше, чем санитарное состояние наполеоновской армии.

В результате войны во всех европейских странах резко поднялся престиж русского врача. В Европе убедились, что русские врачи по обра-

зованию стоят не ниже самых образованных врачей Западной Европы (Я. А. Чистович). Недаром наших руководителей приглашали для организации военно-медицинской службы в Пруссию и Австрию. В общем русские врачи вышли с честью из весьма трудного положения. В манифесте от 6 ноября 1819 г. дана хорошая оценка деятельности военных врачей. В манифесте сказано: «Военные врачи, разделяя наравне с военными чинами труды и опасности, явили достойный пример усердия и искусства и стяжали справедливую признательность от соотечественников и уважение от всех образованных наших союзников». С этого времени военные врачи были в правах и преимуществах приравнены к офицерским чинам.

Значение военно-медицинской службы прекрасно понимал гениальный полководец М. И. Кутузов. Доказательство этого мы находим в ряде документов. Кутузов, как уже говорилось, немало внимания и заботы уделял раненым и больным русским воинам.

Сопоставляя работу военно-медицинской службы французской и русской армий в войну 1812 г., мы отчетливо видим значительные преимущества в организации и более высокую эффективность русской военно-медицинской службы. И глубоко ошибаются те авторы, которые считают французскую медицину того периода лучшей в мире. Исторические факты и документы категорически опровергают подобное мнение.

ЛИТЕРАТУРА

Бахерахт А., Способ к сохранению здравия морских служителей и особливо в Российском флоте находящихся, СПБ, 1780. — Виллие Я., Краткое наставление о важнейших хирургических операциях, СПБ, 1906. — Мудров М., «Слово о пользе и предметах военной гигиены, или науки сохранить здравие военнослужащих» в торжественном собрании Московского университета 3 июля 1809 г. — Буш И., Руководство к преподаванию хирургии, Изд. 2-е, 1811. — Лахтин М. Ю., Военно-медицинская организация в XVIII веке. Воронеж, ж. «Медицинская беседа», 1900 г., № 6 и 7. — Идельсон Е., Болезни и врачебная помощь в эпоху войны 1812 г., Казанский медицинский журнал, № 2 и 3, 1912. — Тихов П. И., Медицина в России в эпоху наполеоновских войн, СПБ, Сенатская типография, 1913. — Заглухинский В. В., Копосов В. П. и Фомин И. В., Организация и работа военно-медицинской службы русской армии в Отечественную кампанию 1812 г., под ред. В. П. Миртова, ж. «Военный мир», № 6—7, 8—9, 10, 1912.—«Положение для временных военных госпиталей при большой действующей армии, 1812. — Чистович Я., История первых медицинских школ в России, СПБ, 1883. — История Императорской военно-медицинской академии, 1798—1898, СПБ. — Бернацкий Н., Устройство военно-санитарной части, болезни и их лечение у воюющих сторон во время Отечественной войны. Военно-исторический сборник, № 3, 1913. — Кассирский И. А., Д. Ларрей и скорая помощь на войне, М., 1939. — Колосов Г. А., Значение 1812 г. в истории русской медицины, ж. «Русский врач», № 7 и 8, 1913. — Колосов Г. А., Взгляды на гуманные требования войны и их выполнение в войну 1812—1814 гг., ж. «Русский врач», № 15, 16, 17, 19, 20, 21, 1913 г. — Проф. В. И. Разумовский, Медицинское дело в России, «Русский врач», № 1, 1913 г. — Отечественная война 1812 г. и русское общество, 1812—1912, СПБ. — Россия и Наполеон, Отечественная война в мемуарах, документах и художественных произведениях, иллюстрированный сборник, М., 1912. — Витмер А., 1812 год в «Войне и мире», Военно-исторический сборник, № 2, 1913. — Из воспоминаний баварской службы обер-лейтенанта Фюртенбаха о походе в Россию в 1812 г., Военно-исторический сборник, № 1, 1913.—Роос Генрих, С Наполеоном в Россию. Записки врача «Великой армии» 1812 г.—Байрашевский О. А., Организация санитарной службы (мирного времени) в главнейших европейских армиях, СПБ, 1910. — Столетие военного Министерства, Главное военно-медицинское управление, 1802—1902 г., т. VIII, ч. 1 — Страшун И. Д., Кутузов и забота о раненых в 1812 г., Военно-медицинский журнал, № 3, 1946 г. — Страшун И. Д., Русский врач на войне, М., Медгиз, 1947. — «Медицина», Большая медицинская энциклопедия, т. 17.— Оппель В. А., История русской хирургии. Критический очерк. Вологда, 1923. — Оппель В. А., Очерки хирургии войны, Л.—М., Ленинградское отделение Медгиза, 1940. — Энциклопедический словарь военной медицины, Медгиз, т. I, 1946.

★

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

По поводу статьи «О превентивных свойствах поливакцины НИИСИ в отношении бациллярной дизентерии», напечатанной в № 9 «ВМЖ», 1946 г. (автор статьи доц. Косяков П. Н.), в редакцию «ВМЖ» поступили два письма, текст которых приводим.

I. «При ознакомлении со статьей доцента П. Н. Косякова, напечатанной в № 9 журнала за 1946 г., у меня возникли вопросы, на которые прошу не отказать в любезности ответить:

1) Каким образом заболеваемость дизентерией определяется небольшой, если она составила 4% личного состава, который автор исчисляет в несколько десятков тысяч человек?

2) Из заболевших 2,5% были привиты поливакциной НИИСИ и 22,6% — вовсе непривитые. Кто же были остальные 74,9% болевших?

3) Судя по выводу автора, следует полагать, что 2,5% привитых заболели дизентерией и среди непривитых заболели 22,6%. В этом случае можно считать, что заболеваемость среди привитых поливакциной НИИСИ была меньше, чем среди непривитых в 9 раз (а не в 11 раз).

4) Выводы сделаны на основании общеармейских показателей. Каковы же итоги сравнения данных по отдельным частям? Неужели заболеваемость распределилась по 2—3—4 человека на роту, или 8—12 человек на каждый батальон?

Так как я занимаюсь изучением вопросов, связанных с бациллярной дизентерией, счел бы себя обязанным, если бы получил от Вас разъяснение по затронутым вопросам статьи.

С уважением И. Б. Эфрон

II. «Позвольте внести некоторый корректив в статью П. Н. Косякова «О превентивных свойствах поливакцины НИИСИ», напечатанную в Военно-медицинском журнале № 9, 1946 г., стр. 32. Автор ссылается на методику Галуниной. Между тем модификация реакции, описанной Предтеченским, предложена мною, как «реакция копроагглютинации» и проверена на 1½ тысячах исследований совместно с Галуниной. На межинститутской конференции в марте 1941 г. наши результаты были мною доложены (см. ЖМЭИ, № 5—6, 1941 г., стр. 229).

На стр. 39 ЖМЭИ, № 5—6, 1941 г., напечатана статья «К диагностике дизентерии методом копроагглютинации», авторами которой являются Греннаус и Галунина. Между тем, доктор Косяков обошел молчанием первого автора, приписав реакцию Галуниной. С Предтеченским получилось обратное: в ЖМЭИ № 7, 1940 г., помещена работа Предтеченского и Мороз. Косяков ссылается только на первого автора. Авторское право должно сохраняться.

Доктор мед. наук Г. И. Греннаус

Запрошенный редакцией по поводу этих писем т. Косяков ответил письмом, которое мы также приводим полностью:

«Уважаемый товарищ редактор!

В моей статье «О превентивных свойствах поливакцины НИИСИ в отношении бациллярной дизентерии», напечатанной в № 9 Военно-медицинского журнала за 1946 г., вкрались существенные опечатки. Так, на стр. 34 сказано, что «заболеваемость дизентерией среди личного состава за этот период была вообще невелика, составив всего лишь 4% личного состава частей». На самом же деле она составила не 4%, а 4‰ (четыре на тысячу).

Досадной опечаткой является также и представленная заболеваемость среди группы привитых и непривитых, которая была исчислена не в процентах, а 1 на 1 000.

В статье сказано: заболеваемость среди привитых составила 2,5%, на самом же деле она составила 2‰, а заболеваемость непривитых вместо 22,6% составила 22,6‰.

В заключение считаем необходимым отметить как свою вину, что мы не упомянули фамилии всех авторов работ, на которые есть ссылки в статье: Предтеченского и Мороз, Греннаус и Галунину, а лишь некоторых из них, что, разумеется, неправильно, за что и должны принести им свое извинение.

Доц. Косяков»

При сверке напечатанной в № 9 статьи т. Косякова обнаружилось, что указанные цифры были исчислены автором статьи именно в процентах: на стр. 4 (рукописи) значится цифра «4%» в исчислении низкой заболеваемости дизентерией среди личного состава; на стр. 5 (рукописи) цифры «2,5%» и «22,6%»—для характеристики заболеваемости дизентерией среди групп вакцинированных и невакцинированных. Цифры эти и были перепечатаны в соответствии с оригиналом.

Редакция

Гв. подполковник мед. службы С. Н. ЧЕРНЯК

О СТАТЬЕ С. Н. АРОНОВА «НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ В ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ГАРНИЗОННЫХ ГОСПИТАЛЕЙ» («ВМЖ», № 3, 1947)

В связи с новыми задачами, поставленными перед военно-медицинской службой Советской Армии, значительно увеличились роль и объем работы гарнизонных госпиталей.

В статье С. Н. Аронова совсем не отражена роль гарнизонных госпиталей в организации лечебной работы в обслуживаемых ими войсковых частях. Некоторые начальники госпиталей до сих пор еще не усвоили, что основная задача каждого госпиталя — полноценное обслуживание лечебной помощью войсковых частей, и поэтому часто замыкаются в стенах своего госпиталя, не интересуются постановкой лечебно-профилактической работы в частях. Иногда руководители госпиталей отказывают войсковым врачам даже в просимой консультации.

Пора понять, что госпитали существуют для частей, а не наоборот. Войсковые врачи должны получать необходимую им консультативную помощь от специалистов госпиталя не только в вопросах лечения больных, но и в вопросах правильной организации лечебного процесса. Каждый специалист госпиталя обязан систематически помогать врачам частей в организации лечения больных по своей специальности.

В плане медицинской работы госпиталя, предложенном автором, отсутствуют важные разделы: 1) выезды специалистов в части с целью консультации, помощи в диспансеризации офицерского состава, а также и раннего выявления туберкулеза; 2) поликлиническая работа; 3) гарнизонная учеба совместно с войсковыми врачами.

В частях, где медицинскую службу возглавляет генерал-майор мед. службы т. Жуков, организованы систематические выезды на места главных специалистов, а также специалистов горнизонных госпиталей. Это помогло значительно улучшить лечебную работу врачей войсковых частей, что нашло свое отражение в снижении заболеваемости.

Большие задачи стоят перед поликлиническими отделениями госпиталей, которые должны являться не только консультативной, но и учебной базой. Некоторые войсковые врачи еще серьезно не занялись лечебной работой и поэтому часто превращаются в «диспетчеров», направляя больных в поликлиники при малейших затруднениях в диагностике и лечении. Часто больных направляют к консультанту не только без предварительного обследования, но даже без врачебного осмотра. Нередки случаи направления на консультацию с припиской: «к хирургу», «к терапевту» и т. д. Войсковой врач не сопровождает больных и в лечебных книжках не пишет, что́ он предполагает у больного и что́ он хочет получить от консультанта.

Специалист поликлиники обязан давать врачу части исчерпывающие заключения о состоянии здоровья больного, рекомендовать лечение и режим. Необходимо, чтобы поликлинические приемы вели высококвалифицированные специалисты и работа поликлинического отделения занимала одно из ведущих мест во всей работе госпиталя.

Учеба на базе гарнизонных госпиталей имеет большое значение в боевой подготовке медицинского состава. Программу медицинских конференций госпиталей нужно строить в расчете и на войсковые части гарнизона.

Этот раздел работы гарнизонных госпиталей никак нельзя обходить вниманием, между тем автор в своей статье в разделе «Работа с кадрами» говорит только о медицинском составе госпиталя и о больных.

В разделе о медицинской документации автор статьи ничего не сказал о ведении книги дефектов лечебной работы предыдущих этапов. Опыт же показал, что оповещение врачей войсковых частей о дефектах в их работе, обнаруживаемых при поступлении больных в госпиталь, разбор этих дефектов на совместных врачебных конференциях имеет большое учебное значение и способствует улучшению лечебного процесса в частях. Говоря о ведении историй болезни, необходимо было остановиться и на составлении планов лечения и обследования больных.

Наконец, в статье С. Н. Аронова мало отражена роль начальника госпиталя в организации лечебного процесса. Начальник госпиталя должен организовать лечебный процесс, а не только заниматься административно-хозяйственными вопросами. Кадры начальников госпиталей следует укомплектовать за счет офицеров медицинской службы, имеющих опыт организации лечебного дела как в лечебных учреждениях, так и в войсковой медицинской службе.

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945 гг.)

(Продолжение[1])

17. Повреждения черепа и головного мозга

Работалов Ф. П., Острые энцефалиты ствола при ранениях, в кн. Сборник научных трудов врачей ЭГ НКЗдрава ДагССР, т. 1, Махач-Кала, стр. 165—171, 1943.

Равкин И. Г., Основные принципы лечения больных с психическими нарушениями, развившимися в связи с закрытыми травмами черепа, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 32—38, 1942.

Раева Н. В. и др., Внутриглазное давление при проникающих ранениях черепа, Вестник офталмологии, 23, 3, 1944.

Раздольский И. Я., Динамика огнестрельного ранения головного мозга, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., стр. 14—24, 1944 (Санитарное управление Ленинградского фронта).

Раздольский И. Я., Огнестрельные ранения черепа и его содержимого. Смещение пуль и осколков, Вопросы нейрохирургии, 5, 1, 1941.

Раздольский И. Я., Проникающие огнестрельные ранения головного мозга (острый период), Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.

Райхман Р. С., Клиника и лечение абсцессов мозга травматического происхождения, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 55—56, 1942.

Рамм М. Г., Закрытые и открытые повреждения мозга, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая хирургическая помощь при травмах военного и мирного времени, М., стр. 165—169, 1942.

Рамм М. Г., Гнойные осложнения боевой черепно-мозговой травмы, в кн. Труды 2-й научной конференции эвакогоспиталей, в. 2, Л., стр. 156—182, 1944.

Раневые инфекции при ранениях черепа и головного мозга, в кн. Отчет о научно-исследовательской работе клиники нервных болезней ВИЭМ, М., стр. 24—36, 1944.

Рапопорт М. Ю., Диагностика послераневых ограниченных гнойных процессов в мозгу. Промежуточный и поздний периоды, Вопросы нейрохирургии, 6, 1944.

Рапопорт М. Ю., О слепых черепно-мозговых ранениях мелкими металлическими осколками, Вопросы нейрохирургии, 7, 1, 1943.

Рапопорт М. Ю., Огнестрельные ранения черепа на настоящем этапе войны, в кн. Научные труды госпиталей, в. 1, М., стр. 79—80, 1942.

Рапопорт М. Ю., Ограниченный пахименингит при осколочных ранениях черепа и оперативные показания, Вопросы нейрохирургии, 1—2, 1942.

Рапопорт М. Ю., Особенности проникающих черепно-мозговых ранений в промежуточном периоде. Роль ликвора, Вопросы нейрохирургии, 8, 2, 1944.

Рапопорт М. Ю., Особенности слепых осколочных черепно-мозговых ранений, Вопросы нейрохирургии, 6, 6, 1942.

Рапопорт М. Ю., Очередные вопросы неврологии и нейрохирургии черепно-мозговых ранений, Невропатология и психиатрия, 12, 2, 1943.

Рапопорт М. Ю., Процессы рубцевания при повреждениях мозга, Вопросы нейрохирургии, 9, 6, 1945.

Рапопорт М. Ю., Синдром твердой мозговой оболочки при ранениях затылочной области, Вопросы нейрохирургии, 7, 2, 1943.

Рапопорт М. Ю., Черепные и черепно-мозговые ранения. На опыте работы тылового эвакогоспиталя, Советская медицина, 9, 1942.

Рапопорт М. Ю. и др., О вскрытии твердой мозговой оболочки при непроникающих огнестрельных ранениях черепа, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945; Хирургия, 5, 1945.

Резолюция нейрохирургической комиссии 2-го пленума Госпитального совета Главного управления эвакогоспиталей НКЗдрава СССР о лечении повреждений центральной и периферической нервной системы, Вопросы нейрохирургии, 7, 3, 1943.

Резолюция 6-й сессии Нейрохирургического совета по разделу огнестрельных ранений головного мозга, Вопросы нейрохирургии, 2, 1944.

Ренева Т. Г. и др., Соматические расстройства при закрытой травме черепа, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 101—107, 1943 (Санитарное управление Уральского военного округа).

Рисунов Б. С., Электрофизиологические наблюдения при травмах нервной системы, в кн. Экспериментальная медицина, М., стр. 137—148, 1944.

Роговой И. Ю., К вопросу о лечении гнойных менингитов и менинго-энцефалитов введением сульфамидных препаратов в сонные артерии по Бурденко, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.

[1] См. Военно-медицинский журнал, № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1947.

Рожаева Н. С., Об эффективности применения сульфамидных препаратов при инфицированной гемолитическим стрептококком травме черепа, Вопросы нейрохирургии, 5, 1943.

Розе Ф. Я., Показания к энцефалографии в третьей фазе мозгового ранения, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, Госиздат Узбекской ССР, стр. 345—350, 1943.

Розенберг А., Ленинградская городская конференция, посвященная вопросам травматических поражений центральной нервной системы, Советская психоневрология, 1, 1941.

Розенфельд И. М., Огнестрельные остеомиэлиты височной кости, в кн. Сборник научных работ института за третий год Отечественной войны, Л., стр. 112—128, 1945 (Ленинградский институт усовершенствования врачей им. С. М. Кирова).

Розенфельд И. М., Огнестрельные травмы основания черепа, сопровождающиеся ранением уха и параназальных синусов, Вестник хирургии им. Грекова, 65, 3, 1945.

Розинский Ю. Б., Клиника травматических повреждений лобных долей мозга, Вопросы нейрохирургии, 1—2, 1942.

Розинский Ю. Б., Особенности расстройства памяти при травматических поражениях лобных долей мозга, в кн. Вопросы военной невропсихиатрии, М., стр. 252—258, 1943.

Ромм С. З., Об особенностях ранних осложнений при комбинированных огнестрельных ранениях черепа и придаточных пазух носа, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., стр. 167—175, 1944.

Ромм С. З., Огнестрельные комбинированные ранения черепа и придаточных пазух носа, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., стр. 93—100, 1944.

Романова-Бохон О. А., Застойные соски при травматических энцефалитах и абсцессах мозга, в кн. Труды Военно-морской медицинской академии, т. 4, № 2, Л., стр. 187—206, 1944. Библиогр.

Романова-Бохон О. А., Изменение глазного дна при травматических абсцессах мозга, в кн. Труды Ученого медицинского совета при начальнике Медико-санитарного управления Военно-морского флота, т. 3, в. 4, № 10, М.—Л., стр. 29—31, 1944.

Рохлин Л. Л., К вопросу об этиологии клинической диагностики психопатологических нарушений при травмах головного мозга, Невропатология и психиатрия, 12, 5, 1943.

Рохлин Л. Л., Некоторые вопросы этиологии и клинической диагностики психопатологических нарушений при травмах головного мозга, в кн. Межреспубликанские совещания главных ведущих хирургов Узбекской, Таджикской, Туркменской, Киргизской, Казахской ССР, Ташкент, стр. 48—50, 1943.

Рохлин Л. Л., «Психогенное» и «органическое» при травмах головного мозга военного времени. Невропатология и психиатрия, 14, 6, 1945.

Рузер Е. И., К вопросу о соотношении локальных и общемозговых нарушений в структуре деменции после огнестрельного черепно-мозгового ранения, Невропатология и психиатрия, 13, 3, 1944.

Рыжкова, Функциональное лечение поражений центральной и периферической нервной системы, в кн. Опыт постановки функционального лечения в эвакогоспиталях, М., стр. 63—66, 1944.

Самант М. Е., О некоторых соматических нарушениях при закрытых травмах головного мозга, в кн. Лечение раненых и больных в эвакогоспиталях ВЦСПС по Узбекистану, в. 1, Ташкент, стр. 122—125, 1945.

Саматокин Б. А., Ликворрея и ликворные свищи при огнестрельных черепно-мозговых ранениях, в кн. Лечение огнестрельных ранений черепа и головного мозга, Л., стр. 160—166, 1944.

Самсонова В. Г., К вопросу об изменениях глазного дна после огнестрельных ранений черепа, Вестник офталмологии, 9—10, 1941.

Санитарная служба в дни Отечественной войны. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, т. 1—2, Тюмень, 1943; т. 1 — 390 стр. с илл.; т. 2 — 413 стр. с илл. (Санотдел Уральского военного округа и Украинский психоневрологический институт, тт. 12, 13).

Сапир И. М., Изменения органов зрения при закрытых травмах мозга, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 8, б. м., стр. 93—100, 1944.

Саркизов С. А., Электрофизиологические исследования при боевой травме центральной нервной системы, Вопросы нейрохирургии, 6, 6, 1943.

Сахаров Ю. Н., О расстройствах сфинктеров при травмах головного мозга, Невропатология и психиатрия, 1, 3, 1945.

Сахаров Ю. Н., Сульфидинотерапия и травматические абсцессы, Вопросы нейрохирургии, 7, 6, 1943.

Сахаров Ю. Н. и др., Действие облученного стрептоцида на рыбьем жире в условиях эксперимента и при черепно-мозговых ранениях (предварительное сооб-

щение), в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. I, М., стр. 35—39, 1943 (Санитарное управление Западного фронта).

Сваровская В. Н., Клиника огнестрельных повреждений теменных долей головного мозга, в кн. Тезисы и рефераты докладов 4-й конференции молодых ученых Новосибирской области, Томск, стр. 85—86, 1944.

Сергеева Ю. С. и др., Спинномозговая жидкость при осложнениях со стороны головного мозга после проникающего ранения черепа, Невропатология и психиатрия, 13, 6. 1944.

Серебрянник Б. Е., Клиника и неврологическая диагностика травматических абсцессов мозга, Вопросы нейрохирургии, 7, 6, 1942.

Серейский М. Я., Применение лизола при травматических поражениях головного мозга, Клиническая медицина, 22, 10—11, 1944.

Силакова В. И., Анализ смертных случаев абсцессов мозга (по материалам красноярских эвакогоспиталей), в кн. Сборник трудов эвакогоспиталей Красноярского края, Красноярск, стр. 228—238.

Синегубко Л. Л., Изменение ликвора при абсцессах мозга, в кн. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, стр. 118—123, 1945 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 14).

Скородумова А. В., Состояние глазного дна при внутричерепной травме, в кн. Травмы нервной системы, Уфа, стр. 77—82, 1942.

Случевский И. Ф., Лечение психических нарушений, обусловленных травмой мозга, в кн. Травмы нервной системы, Уфа, стр. 58—59, 1943.

Случевский И. Ф., Травмы мозга и эпилепсия, в кн. Травмы нервной системы, Уфа, стр. 23—27. 1942.

Смирнов В. А., Зрачковые изменения и их прогностическое значение при черепно-мозговых травмах, Невропатология и психиатрия, 13, 7—8, 1941.

Смирнов В. А., Огнестрельные ранения коры головного мозга и зрачковые изменения, Невропатология и психиатрия, 3, 1945.

Смирнов В. А., Тяжесть закрытых травм черепа и изменения зрачков, Хирургия, 3—4, 1942.

Смирнов Л. И., К патологической анатомии некоторых форм отграниченного нагноения при травматической болезни головного мозга (о нагноении рубца), Вопросы нейрохирургии, 9, 5, 1945.

Смирнов Л. И., Развитие травматической болезни головного мозга в морфологическом выражении, Вопросы нейрохирургии, 7, 5, 1943.

Снежневский А. В., Коммоционно-контузионный синдром, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 74—81, 1945 (ГВСУ Красной Армии).

Снесарев П. Е., О заживлении ран и различных дефектов мозга, Невропатология и психиатрия, 12, 4, 1943, Библиогр.

Снесарев П. Е., Об особенностях мозговых абсцессов при осколочных ранениях черепа, Невропатология и психиатрия, 11, 6, 1942.

Соколов И. П., Своеобразное изменение терморегуляции при поражении мозгового ствола, Клиническая медицина, 21, 10—11, 1943.

Сорокин М. В., Клиника неврологических нарушений при проникающих ранениях черепа, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.

Сресели А. М., Венозное и ликворное давление при травмах черепа, в кн. Сборник трудов хирургической и урологической клиники академии, посв. проф. А. И. Васильеву, Л., стр. 62—73, 1941 (Военно-медицинская академия Красной Армии им. С. М. Кирова).

Сроки госпитализации и объем неврологической помощи при закрытых травмах головного мозга, М., Медгиз, 8 стр., 1941 (НКЗдрав СССР).

Старцева Л. Н., Ультрафиолетовое облучение энцефалитических контузий и некротизирующих черепно-мозговых ран, в кн. Лечение огнестрельных ранений черепа и головного мозга, Л., стр. 181—191, 1944.

Степанов А. С. и др., Ранения черепа и мозга по данным ППГ ВМА, в кн. Труды Военно-медицинской академии, в. 30, М., стр. 74—83, 1941.

Сухарева М. С., О некоторых сомато-вегетативных нарушениях при закрытой травме черепа, Невропатология и психиатрия, 12, 5, 1943.

Схема конъюнктурного обзора нейрохирургических госпиталей и отделений, Вопросы нейрохирургии, 8, 5, 1944.

Тальвин М. И., Случай атипичного синустромбоза, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 5—6, Л., стр. 197—198. 1943.

Таиан Н. Г., Биохимические сдвиги в подостром периоде церебральных травм, в кн. Травмы нервной системы, Уфа, стр. 54—63, 1942.

Тарасевич Н. Н., Церебральные астенические синдромы и вегетативные расстройства при закрытых травмах черепа, в кн. Вопросы военной невропсихиатрии, М., стр. 163—176, 1943, Библиогр.

Телешевская М. Е., Гипертензионный синдром при коммоциях (диагностика, терапия), в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 12, Тюмень, стр. 87—96, 1943.

Телешевская М. Е., Эпилепсия и типы судорожных явлений при коммоциях, в кн. Труды Украинского психоневрологического ин-та, т. 13, Тюмень, стр. 135—142, 1943.

Техника операций на центральной и периферической нервной системе при повреждениях военного времени, Л., Медгиз, 104 стр., 1941.

Ткачев Р. А., Клиника и лечение инфекционных осложнений при огнестрельной травме черепа, в кн. Сборник научных трудов Ивановского медицинского института (1942—1944), Иваново, стр. 201—203, 1945.

Топровер Г. С., О профилактике абсцессов мозга после огнестрельных черепно-мозговых ранений, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, Куйбышев, стр. 112—116, 1944.

Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, 406 стр., 1945 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 14).

Триумфов А. В., Закрытые травмы головного мозга, в кн. Боевые травмы нервной системы, Киров, стр. 31—35, 1943.

Триумфов А. В., Закрытые травмы спинного мозга, в кн. Боевые травмы нервной системы, Киров, стр. 27—29, 1943.

Триумфов А. В., Топическая диагностика заболеваний центральной нервной системы, Вопросы нейрохирургии, 4, 1944.

Триумфов А. В., Экспертиза, в кн. Боевые травмы нервной системы, Киров, стр. 42—43, 1943.

Трон Е. Ж., Гемианопсии при огнестрельных ранениях черепа, в кн. Труды Ученого медицинского совета при начальнике Медико-санитарного управления Военно-морского флота, т. 3, в. 3, № 9, М.—Л., стр. 22—26, 1944; Труды Военно-морской медицинской академии, т. 4, в. 2, Л., стр. 3—107, 1945.

Труды конференции по вопросам непосредственного воздействия на нервные центры 10—11 января 1945 г., М., Медгиз, 205 стр. с илл., 1946 (II Московский медицинский институт).

Труханов И. А., Некоторые статистические данные об огнестрельных повреждениях черепа и его содержимого, в кн. Сборник научных трудов, в. 2, Л., стр. 3—12, 1942 (Ленинградский краснознаменный военный госпиталь).

Трухалев И. А., Огнестрельные ранения мягких частей черепа, в кн. Сборник научных трудов, в. 2, Л., стр. 13—41, 1942 (Ленинградский краснознаменный военный госпиталь).

Трухалев И. А., Поздняя обработка огнестрельных ран черепа, в кн. Труды 1-й хирургической конференции РЭП 27—30 июля 1942, Б. м., стр. 192—202, 1943.

Трухалев И. А., Статистический обзор огнестрельных ранений черепа, в кн. Вопросы военной невропатологии, в. 1, б. м., стр. 11—16, 1944 (Сборник N-ского РЭП).

Тэриан К. Г., Объем и характер хирургической помощи черепно-мозговым раненым в специальном полевом госпитале, Вопросы нейрохирургии, 8, 4, 1944.

Тэриан К. Г., Острые абсцессы мозга после огнестрельных ранений черепа и их хирургическое лечение, Вопросы нейрохирургии, 1, 1943.

Тэриан К. Г., Отсроченная обработка ран при черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии, 7, 5, 1943.

Тэриан К. Г. и др., Сагиттальные и парасагиттальные ранения черепа, Вопросы нейрохирургии, 8, 4, 1944.

Угрюмов В. М. и др., О двойных абсцессах головного мозга при проникающих огнестрельных ранениях черепа, Вопросы нейрохирургии, 8, 4, 1944.

Указания по военно-врачебной экспертизе лиц, страдающих последствиями травм центральной и периферической нервной системы, Л., 7 стр., 1943 (Медико-санитарного управления Военно-морского флота).

Указания по диагностике, лечению и эвакуации повреждений центральной и периферической нервной системы в войсковом и армейском районах, б. м., 23 стр., 1942 (Военно-санитарное управление Северо-западного фронта).

Указания по классификации, диагностике и лечению инфекционных осложнений огнестрельных ранений черепа и мозга — абсцессов мозга, М., 28 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

(Продолжение следует.)

★

М. Б. ДОЛГОПОЛ

ЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ РАНЕНИЙ ЧЕРЕПА В ГОСПИТАЛЬНОЙ ОБСТАНОВКЕ (ПО ДАННЫМ ЗАРУБЕЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ЗА 1941—1945 гг.)

По сравнению с первой мировой войной методика лечения ранений черепа в армиях всех воюющих стран подверглась крупным изменениям. Приближение к передовой линии специализированной нейрохирургической помощи и подвижных рентгеновских установок, сульфамидо- и пенициллинотерапия в сочетании с улучшенной техникой оперативного вмешательства (особенно в отношении методики очистки мозговой раны и закрытия дефектов твердой мозговой оболочки) позволили широко и в общем успешно применить глухое закрытие ран черепа после их хирургической обработки. Впрочем, полностью вытеснить открытые способы лечения ранений черепа глухое зашивание не могло, так как в общем каждый из этих двух методов имеет свой круг применения. Фактически борьба обоих принципов лечения ранений черепа, в конце концов, вылилась во всех армиях в наиболее плодотворную форму — стремление создать такие условия обработки свежих ранений черепа, чтобы можно было применить глухой шов. Метод же открытого ведения ран, сохранивший свое значение для лечения в тех случаях, когда глухое зашивание по каким-либо причинам не было применено, также неоднократно подвергался в течение войны изменениям и усовершенствованиям и никак не может считаться сданным в архив.

Механизм и патология военных повреждений черепа

Пробудившийся у хирургов тыла интерес к военной травме черепа побудил организовать ряд исследований для изучения механизма и патологических (патоморфологических и патофизиологических) процессов, разыгрывающихся как при закрытых, так и при открытых повреждениях черепа, возникающих в военной обстановке. В результате этих исследований и данных новых клинических наблюдений над течением свежих повреждений черепа были поколеблены некоторые установившиеся взгляды, например, представление о якобы неизбежной смертельности всех ранений, проникающих в желудочки мозга; об обязательной потере сознания при проникающих ранениях черепа и др. Эти изменения теоретических воззрений нередко требовали внесения соответствующих изменений и в лечебную тактику, в результате чего в армиях всех воюющих стран в той или иной мере прививался ряд новых лечебных методов.

Общие замечания о закрытых повреждениях черепа

Вопрос о закрытых повреждениях черепа при теперешнем состоянии знаний вырос в крупную самостоятельную проблему, требующую специального освещения. В настоящем обзоре этот вопрос будет затронут лишь вскользь, не потому что он считается второстепенным, а именно вследствие его громадного самостоятельного значения. Проблема закрытой травмы черепа является той стороной проблемы военной нейрохирургии (точнее нейротравматологии), которая больше всего сближает ее с нейрохирургией мирного времени. Если между ранениями черепа мирного и военного времени имеется большая разница, вследствие значительных различий в механизме травмы, то между закрытой травмой мирного и военного времени различий значительно меньше, т. е. сходство практически полное.

При изучении патологии и механизма военных повреждений черепа в первую очередь внимание привлекли две проблемы: 1) часто ли бывает шок у раненных в череп и 2) как объяснить то обстоятельство, что в отличие от типичной закрытой травмы мирного времени при проникающих ранениях черепа пострадавшие в ряде случаев не теряют сознания.

Эскрофт (Ascroft) считает, что у раненных в череп шок редок, а если и бывает, то вызывается не столько травмой черепа, сколько сопровождающей ее кровопотерей. Поэтому Эскрофт рекомендует лечить шок у раненных в череп медленным переливанием небольших (?) количеств крови — 2—4 пинты (т. е. около 1—2 л!). Чтобы избежать смешения различных по своему содержанию понятий, Гейнс (Haynes, 11) вообще рекомендует не употреблять выражения «мозговой шок» (cerebral shock), а заменить его более подходящими к тому или иному виду повреждения терминами cerebral insult или cerebral decompensation, которые, по его мнению, лучше выражают сущность процессов, происходящих при травме черепа. Нужно, однако, заметить, что с термином «мозговой инсульт» мы слишком привыкли связывать представление о более или менее значительном кровоизлиянии в вещество мозга или подоболочечное пространство; между тем это имеет место далеко не при всех повреждениях черепа. Термин «мозговая декомпенсация» соответствует чисто клиническому понятию и потому встречает меньше возражений. Быть может, к этому термину нужно еще добавить некоторую количественную оценку, например, «полная» или

«тяжелая» декомпенсация, с одной стороны, и «легкая» декомпенсация или «субкомпенсация» — с другой.

Достопримечательный факт частого сохранения сознания у раненых, получивших проникающие ранения черепа, Кольмен (Coleman) объясняет декомпрессией, происходящей при проникающих повреждениях черепа вследствие выхождения через рану разрушенного мозгового вещества. Однако такое (довольно распространенное среди врачей всех стран) объяснение мало убедительно, так как остается неясным, о каком собственно повышении внутричерепного давления и какой декомпрессии идет речь. Ведь, несомненно, в самый момент внедрения инородного тела в мозг, а тем более в момент вдавления костей свода черепа в его полость, внутричерепное давление на какой-то короткий момент повышается еще раньше, чем может произойти декомпрессия. По закону Паскаля, студнеобразное мозговое вещество, окруженное жидкостью и пронизанное наполненными кровью сосудами, должно передавать это давление во все стороны, если оно длится сколько-нибудь долго. При мгновенном же ударе, как показали опыты многочисленных исследователей, изучавших так называемое «гидродинамическое» действие пули, по подобной среде проходит лишь мгновенная упругая волна, распространяющаяся довольно далеко. Ни того, ни другого эффекта выхождение мозгового детрита устранить не может. Наряду с этим, нет никаких оснований предполагать, что повышение внутричерепного давления, возникающее в момент нанесения тупой травмы черепа (без нарушения целости костей свода и оболочек мозга), носит более длительный характер, чем возникающее в момент нанесения проникающего ранения черепа. Несомненно лишь одно: при закрытой травме черепа потеря сознания является правилом, при проникающих же ранениях, нанесенных небольшими осколками, летящими с громадной скоростью, потери сознания часто не наблюдалось.

Боттерелл (Botterell a. Jefferson), ссылаясь на старые наблюдения Троттера и Вегстоффа (Trotter a. Wegstoff, 1921), подчеркивает, что при одной и той же живой силе снаряд, обладающий малой массой, но большой скоростью, дает лишь местное повреждение (костей и мозга), сопровождающееся лишь непосредственно соответствующими этому повреждению неврологическими расстройствами, а поражающие предметы, обладающие большой массой при относительно меньшей скорости движения, вызывают значительное общее расстройство с потерей сознания. В смысле точности описания фактов с этими авторами нужно согласиться. Однако одна лишь правильная констатация факта еще не дает его объяснения.

И потому особую ценность имеет то объяснение, которое приводит Клоуорд (Cloward), ссылаясь на экспериментальные исследования. По его мнению, потеря сознания наступает в тех случаях, когда большая масса мозгового вещества получает значительное ускорение, существенно отличающееся от ускорения, получаемого всем черепом в целом.

Это заставляет снова вспомнить старые теории, объяснявшие факт потери сознания травматизацией продолговатого мозга, который ушибается о блюменбахов скат, края большого затылочного отверстия и т. п., или более современные теории, пытающиеся объяснить потерю сознания травматизацией или «натяжением» мезодиэнцефалического отдела мозга. По Клоуорду, при проникающем ранении, нанесенном небольшим снарядом, не повреждающем жизненно важных отделов мозга, сколько-нибудь значительное ускорение получает не вся масса мозга (выражаясь технически, градиент падения ускорения велик). При ударе же по черепу большим тяжелым предметом (или, наоборот, черепом о тяжелый предмет) все мозговое вещество получает сравнительно большое ускорение. А так как мозг может перемещаться в полости черепа еще на несколько миллиметров после прекращения движения костной основы черепа, действительно могут создаться условия для своего рода скольжения относительно друг друга различных слоев мозгового вещества. Особенно велики возможности для этого в мезодиэнцефалическом отделе мозга. Роль же мезодиэнцефалона в регуляции сознания и мышечного тонуса известна. Такое объяснение в общем удовлетворительно увязывается с клиническими фактами, а также и с законами механики. Практическое значение этой концепции прежде всего определяется вытекающими из нее лечебными выводами: в тех случаях, когда повреждение черепа сопровождается потерей сознания, нужно, помимо декомпрессии (пункции, дегидратация мозга посредством осмотерапии, кровоотвлечение к кишечнику и другим областям тела, кровоизвлечение из вены и пр.), применять еще режим щажения мезодиэнцефалического отдела мозга (физический и душевный покой, воздержание от алкоголя, курения и пр.), а также соответствующую медикаментозную терапию (барбитураты, из числа которых на первом месте стоит люминал, паральдегид, хлоралгидрат и прочие hypnotica, которым нужно отдать предпочтение перед наркотиками из группы морфина). Польза этой терапии общеизвестна и в общем подтверждается всеми авторами, за исключением одного лишь Ширберна (Shearburn), который на сравнительно небольшом материале (90 случаев закрытых, преимущественно военных, повреждений черепа) счел возможным разрешать больным раннее хождение — через 24—48 часов после ликвидации состояния сглушения. Впрочем, и этот автор (утверждая, что перелом костей черепа сам по себе не является препятствием для применения амбулаторного лечения) в 18 случаях все же был вынужден воздержаться от проведения этого метода лечения, притом не только в случаях с повреждением

нижних конечностей или живота, но также в случаях перелома основания черепа. Из других лечебных мероприятий при закрытой травме черепа этот автор рекомендует широкое применение поясничных пункций (особенно при сильных головных болях и подозрении на субарахноидальное кровотечение), введение концентрированной плазмы при подозрении на отек мозга; при головных болях — аспирин с кодеином. По сути дела, за исключением вопроса о постельном режиме, против мероприятий, предлагаемых этим автором, никто не возражает; многие лишь добавляют еще вышеуказанную медикаментозную терапию. Многочисленные работы, посвященные механизму закрытой травмы черепа, носящие чисто экспериментальный характер, представляют обширную самостоятельную проблему, которую мы в настоящем обзоре затрагивать не будем.

(Продолжение следует.)

★

ОБЪЯВЛЕНИЕ

С 1.VII.1947 г. при Ленинградском научно-исследовательском нейрохирургическом институте Министерства здравоохранения РСФСР (Ленинград, ул. Маяковского, 12) возобновило деятельность Консультативное бюро под председательством проф. И. С. Бабчина. Консультативное бюро имеет целью давать консультативные заключения по всем вопросам теоретической и практической нейрохирургии.

Ленинградский научно-исследовательский нейрохирургический институт

★

ОПЕЧАТКИ

Напечатано	Следует читать
В № 8 «ВМЖ» за 1947 г.	
стр. 10, 6 строка сверху	
Мы может потерять	Мы можем потерять
В том же номере	
стр. 11, 9 строка сверху	
где и когда в каком	где и когда в таком

ПОПРАВКИ

В № 8 «ВМЖ» за 1947 г. на стр. 5, 14 строка снизу, абзац со слов: «На этом фронте эвакуация» и т. д. до слов: ...«предъявлялись повышенные требования»... следует читать так: «На Ленинградском фронте эвакуация раненых почти не имела места. Эвакуационная работа свелась здесь к нулю. Напротив, на Северо-Западном фронте эвакуация раненых проходила в условиях полного бездорожья, дороги были настланы кругляком, перевозка раненых здесь сопровождалась большой смертностью. В Ленинграде из МСБ могли везти, не боясь, что раненый умрет в дороге, потому что расстояние исчислялось десятком-двумя километров; здесь эвакуационная сортировка не имела того значения, какое она имела на Северо-Западном фронте».

В том же номере на стр. 15, 8 строка снизу, напечатано: «при наличии военного факультета»... Следует читать: «при наличии командно-медицинского факультета».

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

11

НОЯБРЬ

МЕДГИЗ · 1947

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Редактор
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН

Зам. редактора
генерал-лейтенант медицинской службы А. Я. БАРАБАНОВ

Секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:
генерал-майор медицинской службы Ф. Ф. БЕРЕЗКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. ЕЛАНСКИЙ,
полковник медицинской службы С. А. ПОСПЕЛОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
полковник медицинской службы В. В. СКВОРЦОВ,
генерал-майор Л. А. ХОДОРКОВ

11

НОЯБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1947 — МОСКВА

ТРИДЦАТИЛЕТИЕ ВЕЛИКОГО ОКТЯБРЯ

Тридцатую годовщину Великой Октябрьской социалистической революции народы нашей страны празднуют как знаменательную дату установления советской власти, победы диктатуры пролетариата и торжества социализма в СССР.

Октябрьская социалистическая революция ниспровергла помещичье-капиталистический строй в нашей стране и установила советскую власть. Она превратила заводы, фабрики, землю, железные дороги, банки в собственность всего народа, в общественную социалистическую собственность. Она создала необходимые предпосылки и условия построения коммунистического общества в СССР. Строй классового и национального угнетения сменился новым, социалистическим советским строем, исключающим эксплоатацию человека человеком, национальный гнет и бесправие.

Партия большевиков, ее гениальные вожди Ленин и Сталин указали рабочему классу России победоносный путь его исторического развития. Они мобилизовали и организовали многомиллионные массы рабочих и крестьян на борьбу против помещиков и капиталистов, за диктатуру рабочего класса. Партия большевиков возглавила революционное движение и обеспечила историческую победу пролетарской революции в нашей стране.

В октябрьских боях рабочий класс под руководством большевистской партии отвоевал Россию не только у своей национальной буржуазии, он отвоевал ее и у иностранной буржуазии, которая старалась полностью превратить нашу страну в колонию международного империализма. Теперь всему миру известны планы империалистических государств, стремившихся разделить Россию на сферы своего влияния, неисчислимые богатства нашей страны сделать источником наживы иностранных капиталистов, а народы порабощенной России превратить в колониальных рабов.

Октябрьская революция, совершенная под руководством большевистской партии, освободила пролетариат и всех трудящихся нашей страны от эксплоатации, заложила прочные основы содружества народов СССР в рамках нового, социалистического государства, вывела страну на путь социалистического развития, обеспечила превращение России в могучее социалистическое государство.

Великая Октябрьская социалистическая революция ознаменовала коренной поворот во всемирной истории. Веками лучшие умы человечества, выражая сокровенные чаяния народных масс, мечтали о золотом веке, о светлом обществе будущего. Но только гением Ленина и Сталина, которые творчески развили драгоценные идеи научного социализма Маркса—Энгельса, создано целостное, всепобеждающее учение о путях построения этого общества будущего.

Великие освободительные идеи Октябрьской социалистической революции вдохновляют трудящихся всего мира на борьбу за демократию и прогресс против реакции и угнетения. Товарищ Сталин указывал, что «...*победа* Октябрьской революции означает коренной перелом в истории человечества, коренной перелом в исторических судьбах мирового капитализма, коренной перелом в освободительном движении мирового пролетариата, коренной перелом в способах борьбы и формах орга-

низации, в быту и традициях, в культуре и идеологии эксплоатируемых масс всего мира»[1].

Великая Октябрьская социалистическая революция открыла новую эру в мировой истории. Знаменосцем этой новой эры является испытанная в боях партия Ленина—Сталина, которая руководит первым в мире социалистическим государством рабочих и крестьян, сохраняет и приумножает завоевания Великой Октябрьской социалистической революции. Народы Советского государства, возглавляемые нашей партией, выдержали суровые испытания и за 30 лет в корне перестроили отсталую в прошлом экономику России, превратили ее в великую индустриальную и колхозную державу. За эти годы расцвела наша родина, невиданно возросли ее силы, материальная и духовная культура и благосостояние широких масс трудящихся. И когда немецко-фашистские изверги вероломно напали на нашу страну, они получили сокрушительный отпор и были повержены в прах. Советский общественный и государственный строй, советская экономическая система, идейно-политическое единство советского народа блестяще выдержали суровое испытание войной. Наше социалистическое государство вышло из войны еще более сильным и прочным.

Создание в октябре 1917 г. Советского государства явилось основным условием для политического, экономического и культурного преобразования нашей страны. Советская власть возникла и окрепла на основе незыблемого союза рабочего класса и трудящегося крестьянства, при руководящей роли пролетариата, возглавляемого большевистской партией. Это обеспечило прочность завоеваний Великой Октябрьской социалистической революции.

Вся история возникновения, формирования и укрепления Советского государства показывает, что оно с первых дней своего существования стало важнейшим фактором нашего движения вперед, к коммунизму, вдохновляющим примером борьбы за мир, за светлое будущее всего угнетенного человечества.

Гениальные организаторы Великой Октябрьской социалистической революции — Ленин и Сталин — определили и наметили исторические пути развития революции, основную линию борьбы пролетариата. Партия большевиков шла к Октябрю вооруженная революционным учением марксизма—ленинизма, имея перед собой смелую и величественную программу обновления России. Это была программа полного освобождения народов нашей страны от буржуазно-помещичьего гнета, программа ликвидации полуколониальной зависимости страны от империалистических государств, программа превращения России в могучую социалистическую державу, построенную на братском содружестве народов.

«Перед Россией стояло два пути:

либо прекращается война, разрываются все финансовые связи с империализмом, революция двигается дальше, расшатываются основы буржуазного мира, — и начинается эра рабочей революции;

либо другой путь, путь продолжения войны, продолжения наступления на фронте, подчинения всем приказаниям союзного капитала и кадетов, — и тогда полная зависимость от союзного капитала (в Таврическом дворце были определенные слухи, что Америка даст 8 миллиардов рублей, даст средства «восстановить» хозяйство) и торжество контрреволюции.

Третьего не дано»[2].

Основная задача большевистской партии в подготовке Октябрьской революции заключалась в том, чтобы завоевать массы, завоевать боль-

---

[1] И. В. Сталин, Вопросы ленинизма, XI изд., стр. 175.
[2] И. В. Сталин, Собр. соч., т. 3, стр. 175—176.

шинство в советах — наиболее демократических революционных организациях.

Апрельские тезисы Ленина — величайший программный документ большевизма, — вооружили партию, рабочий класс и трудящихся всей страны на борьбу с капиталистами, за Советскую власть. Ленинские тезисы и основанные на них решения апрельской конференции партии привлекли внимание всей партии к борьбе за перерастание буржуазно-демократической революции в социалистическую. На этой конференции товарищ Сталин, защищая ленинскую линию на социалистическую революцию, разоблачил оппортунистическую антиленинскую линию предателей троцкистов и бухаринцев. На основе решений апрельской конференции партия развернула огромную работу по завоеванию масс, по всевому воспитанию и организации их. Партия терпеливо разъясняла массам их основные задачи, меняла свою тактику в зависимости от обстановки, разоблачала преступную роль коалиционного правительства, выполнявшего приказы иностранных капиталистов, разоблачала тактику буржуазных и мелкобуржуазных партий. Партия большевиков возглавила движение масс, она предупреждала их против несвоевременного вооруженного выступления, оберегала от провокаций, сделала все, что от нее зависело, чтобы обеспечить мирный переход власти к Советам.

Но контрреволюция обнажила меч против надвигающейся революции, разгромив мирную июльскую демонстрацию безоружных рабочих и солдат Петрограда. Острие контрреволюции было направлено против большевистской партии и ее вождей; контрреволюционная буржуазия, меньшевики и эсеры добивались расправы над Лениным. И только благодаря гениальной прозорливости товарища Сталина, который вскрыл гнусные замыслы врагов рабочего класса, жизнь Ленина была спасена.

В интересах лучшей подготовки социалистической революции партия большевиков ушла в подполье, Ленин вынужден был скрываться в Разливе. На состоявшемся нелегально (с 26 июля по 3 августа 1917 г.) VI съезде партии товарищ Сталин отстоял учение Ленина о возможности победы социализма в нашей стране. Съезд, объединившийся вокруг Сталина, нацелил партию на подготовку к вооруженному восстанию, на завоевание диктатуры пролетариата. Давая отпор троцкистам, считавшим невозможной победу социализма в России и пытавшимся курс партии на социалистическую революцию поставить в зависимость от пролетарской революции на Западе, товарищ Сталин заявил: «Не исключена возможность, что именно Россия явится страной, пролагающей путь к социализму» [1]. «Надо откинуть отжившее представление о том, что только Европа может указать нам путь. Существует марксизм догматический и марксизм творческий. Я стою на почве последнего» [2]. Слова Сталина были пророческими: Россия показала всему миру путь к социализму.

Товарищ Сталин на VI съезде, в соответствии с директивами Ленина, определил основные пути развития социалистической революции, четко сформулировал новые задачи и новую тактику партии в борьбе за социалистическую революцию. Сталин подверг анализу и глубоко осветил сложную обстановку в стране, возникшую в результате июльских событий. Политическая обстановка резко изменилась: двоевластия не стало; эсеровско-меньшевистское руководство советов передало власть контрреволюционной буржуазии, которая стремилась потопить революцию в крови рабочего класса; мирное развитие революции закончилось, наступил новый ее период, когда лозунг вооруженного

---

[1] И. В. Сталин, Собр. соч., т. 3, стр. 186.
[2] Там же, стр. 187.

восстания против империалистической буржуазии со всей остротой был поставлен как очередной лозунг партии.

Мятеж генерала Корнилова, собиравшегося восстановить царизм в России, был свидетельством того, что контрреволюция готовит полную ликвидацию Советов, разгром большевистской партии и передового отряда революции — рабочих Петрограда. Большевики подняли народные массы на борьбу с генеральской авантюрой. Они призвали рабочий класс на разгром корниловского мятежа. Успешная ликвидация контрреволюционного выступления Корнилова открыла новый период в истории революции: начался период организации штурма.

Ленин и Сталин гениально предопределили исторический путь развития революционных событий. В зависимости от обстановки, они выдвигали новые лозунги, мобилизовали массы на решение основных задач социалистической революции.

«Ленин и Сталин смело и уверенно, твердо и осмотрительно вели партию и рабочий класс на социалистическую революцию, на вооруженное восстание. Ленин и Сталин — вдохновители и организаторы победы Великой Октябрьской социалистической революции»[1].

Восставшие рабочие и солдаты в открытом бою разгромили контрреволюционную буржуазию, навсегда освободили страну от капиталистического порабощения. «Отныне, — заявил Ленин на заседании Петроградского совета 7 ноября (25 октября) 1917 г., — наступает новая полоса в истории России, и данная третья русская революция должна в своем конечном итоге привести к победе социализма»[2]. Открывшийся вечером 25 октября II Всероссийский съезд Советов рабочих и солдатских депутатов провозгласил Советскую власть, диктатуру пролетариата, заложил основы нового, социалистического строя.

* *
*

Великая Октябрьская социалистическая революция разделила мир на две совершенно противоположные системы: социалистическую и капиталистическую.

«Поворот в октябре 1917 г. (поворот не только в русской, но и в мировой истории), установление диктатуры пролетариата в России (октябрь—ноябрь—декабрь 1917 г. и первая половина 1918 г.), как прорыв международного социального фронта против мирового империализма, устанавливающий поворот в сторону ликвидации капитализма и установления социалистических порядков в мировом масштабе»...[3].

Разбитые в революционной схватке, капиталисты и помещики, сбросили маски, стали на путь открытого сговора с международным капиталом и организовали иностранную военную интервенцию против страны Советов. Национальная буржуазия и иностранные капиталисты старались разгромить рабочих и крестьян, свергнуть Советскую власть и снова закабалить нашу страну: советскому народу была навязана ожесточенная гражданская война и интервенция. Партия большевиков подняла рабочих и крестьян на отечественную войну против иностранных захватчиков и внутренней контрреволюции. Партия большевиков была создателем Красной Армии и цементирующей силой ее боевых

[1] Иосиф Виссарионович Сталин, Краткая биография, изд. 2-е, исправленное и дополненное, стр. 65.
[2] В. И. Ленин, Собр. соч., т. XXII, стр. 4.
[3] И. В. Сталин, Собр. соч., т. 5, стр. 68—69.

рядов. «Непосредственным вдохновителем и организатором важнейших побед Красной Армии был Сталин. Всюду, где на фронтах решались судьбы революции, партия посылала Сталина. Он был творцом важнейших стратегических планов... С именем Сталина связаны самые славные победы нашей Красной Армии» [1]. Под руководством Ленина и Сталина Красная Армия разгромила объединенные силы иностранных интервентов и внутренней контрреволюции.

Победоносное завершение гражданской войны обеспечило нашему народу переход к мирному строительству. Но хозяйство страны в результате империалистической и гражданской войны было сильно разрушено. Тяжелым хозяйственным положением молодого Советского государства пытался в своих целях воспользоваться классовый враг. Нужно было выработать новую экономическую политику. Военный коммунизм был попыткой взять крепость капиталистических элементов в городе и деревне штурмом, лобовой атакой. В этом наступлении партия забежала далеко вперед. Ленин предложил отойти на время немного назад, перейти от штурма к более длительной осаде крепости, чтобы, накопив силы, вновь начать наступление.

X съезд партии принял решение о переходе к новой экономической политике, намеченной Лениным. Это обеспечило прочный союз рабочего класса и крестьянства и ускорило восстановление народного хозяйства. Уже через год после введения НЭП'а на XI съезде партии, Ленин заявил, что отступление кончено и выдвинул лозунг: «Подготовка наступления на частнохозяйственный капитал» [2]. Партия под руководством Ленина и Сталина успешно преодолела сопротивление в собственных рядах, решительно разгромив антипартийные группировки, выступавшие против новой экономической политики советского государства.

Восстановление довоенного уровня промышленности страны не могло удовлетворить требованиям построения социализма в нашей стране. Перед партией со всей остротой встал вопрос о перспективах нашего строительства, о судьбах социализма в Советском Союзе. Вопрос этот был тем более важен, что партия понесла величайшую утрату — 21 января 1924 г. умер великий вождь и основатель партии, В. И. Ленин. Но знамя партии высоко поднял и понес дальше вперед Сталин, он дал от имени партии великую клятву. Это была клятва большевистской партии своему учителю и вождю, бессмертному Ленину. Эту клятву партия, под руководством Сталина, выполняла и выполняет с честью.

Сохраняя и развивая ленинское учение о победе социализма в нашей стране, Сталин гениально предопределил дальнейшее развитие социализма в СССР. Он указал путь индустриализации страны и завоевания полной ее экономической независимости от иностранного капитала.

Сталинская политика социалистической индустриализации страны явилась ярким выражением генеральной линии партии. Сталин был инициатором создания новых отраслей промышленности, развития и реконструкции ранее отсталых отраслей.

Грандиозная картина строящегося в СССР величественного здания социализма имела неотразимое влияние на рабочих капиталистических стран; рабочие этих стран оказывали СССР мощную моральную поддержку.

Гений Сталина наметил и вторую грандиозную задачу — задачу коллективизации сельского хозяйства, осуществление которой имеет решающее значение для судеб нашей Родины. Под руководством Сталина партия подготовила и успешно осуществила исторический поворот от политики ограничения и вытеснения кулацких элементов к политике

---

[1] Иосиф Виссарионович Сталин, Краткая биография, издание 2-е, исправленное и дополненное, стр. 82—83.

[1] В. И. Ленин, Собр. соч., т. XXVII, стр. 213.

ликвидации кулачества как класса на основе сплошной коллективизации.

В успешном решении грандиозных задач индустриализации страны и коллективизации сельского хозяйства партия большевиков одержала новую блистательную победу — в стране сложились все необходимые условия для построения социализма.

Грандиозны и величественны задачи, которые были поставлены Сталиным в области дальнейшего развития социалистического строительства. Эти задачи нашли свое воплощение в сталинских пятилетках. Гениальная сталинская политика объединила многонациональный советский народ под знаменем большевистской партии на успешное решение задач строительства социализма. Успехи пятилеток знаменовали торжество генеральной линии партии, победу социализма в СССР. Выполнением сталинских пятилеток окончательно решался вопрос «кто-кого» в пользу социализма, обеспечивалась окончательно экономическая независимость СССР.

Решая вопросы дальнейшего развития нашей страны, партия большевиков заботилась о подготовке и воспитании советской интеллигенции. Исходя из ленинских указаний о том, что социалистическая революция является основным условием для мощного подъема культуры народных масс, товарищ Сталин расценивал вопрос о культурных силах рабочего класса как один из решающих вопросов социалистического строительства.

Новая техника потребовала людей, которые могли бы эту технику использовать до дна. Партия и лично товарищ Сталин уделили исключительное внимание выращиванию советских кадров специалистов, глубоко овладевших техникой и вооруженных марксистско-ленинским мировоззрением. В рабочем классе возникло и развивалось новое качество — социалистическое отношение к труду. На этой основе родилось социалистическое соревнование, высшим этапом которого является стахановское движение. Стахановское движение содержало в себе зерно будущего культурно-технического подъема рабочего класса, оно открывало путь для перехода от социализма к коммунизму и уничтожения противоположности между умственным и физическим трудом.

«Наша революция является единственной, которая не только разбила оковы капитализма и дала народу свободу, но успела еще дать народу материальные условия для зажиточной жизни. В этом сила и непобедимость нашей революции» [1].

Успехи сталинских пятилеток, социалистическая реконструкция всего народного хозяйства в корне изменили соотношение классов в стране. СССР вступил в новую полосу развития, в полосу завершения строительства социалистического общества и постепенного перехода к коммунистическому обществу. Этот всемирно-исторический факт закрепила и новая конституция, творцом которой является Сталин. Сталинская Конституция — это документ победившего социализма и развернутой социалистической демократии.

Успешное выполнение советским народом сталинских пятилеток дало возможность большевистской партии поставить новые грандиозные задачи, ведущие к конечной цели — к построению коммунистического общества. Доклад товарища Сталина на XVIII съезде ВКП(б) явился боевой программой завершения построения социалистического общества и постепенного перехода от социализма к коммунизму.

Решения XVIII съезда партии—это дальнейшее развитие ленинского учения о социалистической революции и о построении коммунизма.

Товарищ Сталин не только отстоял ленинское учение о социализме,

---

[1] И. В. Сталин, Вопросы ленинизма, изд. XI, стр. 499.

от всех и всяческих попыток ревизии его, он развил и поднял это учение на новую ступень.

На XVIII съезде ВКП(б) товарищ Сталин дал научное обоснование вопроса о государстве при коммунизме, показал фазы развития социалистического государства и его функции, дал глубочайший анализ международной обстановки и указал на возросшую опасность новой войны. Особое внимание он уделил вопросам дальнейшего раззития социалистической экономики нашей страны и идейного воспитания кадров советской интеллигенции.

* *
*

Великая отечественная война против немецко-фашистских захватчиков как никогда остро вновь поставила перед партией большевиков задачу отстоять национальную и экономическую независимость нашей страны, сохранить Советское государство.

Перед лицом грозной опасности наш народ не пал духом. Под руководством большевистской партии, во главе с товарищем Сталиным весь советский народ поднялся на защиту Родины, перестроил всю жизнь страны на военный лад, все подчинил лозунгу «Все для фронта, все для войны!».

Руководимая гениальным полководцем товарищем Сталиным Советская Армия разгромила армии фашистской Германии и ее союзников.

Всемирно-историческая победа Советского Союза в Великой отечественной войне есть прежде всего победа советского социалистического строя.

Всемирно-историческая победа СССР есть победа народов нашей страны, единодушно вставших на защиту социалистической Родины и проявивших величайший героизм как на фронте, так и в тылу. Источником этого героизма является животворный советский патриотизм, выросший на почве советского строя.

Всемирно-историческая победа Советского Союза в Великой отечественной войне есть победа ленинско-сталинской политики большевистской партии, ее руководства, ее организаторской деятельности. Партия большевиков под руководством товарища Сталина в годы мирного строительства неустанно укрепляла экономическую и военную мощь нашего государства, подготовила нашу страну к активной обороне, воспитала советский народ в духе патриотизма, в духе готовности грудью отстоять социалистическую Родину.

«Посмотрите на окружающие страны, — говорил товарищ Сталин, — много ли вы найдете правящих партий, имеющих правильную линию и проводящих ее в жизнь? Собственно, таких партий нет теперь в мире, ибо все они живут без перспектив, путаются в хаосе кризиса и не видят путей для того, чтобы выбраться из трясины. Только наша партия знает, куда вести дело, и ведет его вперед с успехом. Чему обязана наша партия этим своим преимуществом? Тому, что она является партией марксистской, партией ленинской. Она обязана тому, что руководствуется в своей работе учением Маркса, Энгельса, Ленина. Не может быть сомнения, что пока мы остаемся верными этому учению, пока мы владеем этим компасом, — будем иметь успехи в своей работе» [1].

Всемирно-историческая победа Советского Союза в Великой отечественной войне есть также блестящая победа марксизма, советской идеологии, советской национальной политики, которая обеспечила идейно-политическое единство народа.

---

[1] И. Сталин, Вопросы ленинизма, изд. XI, стр. 484.

Всемирно-историческая победа Советского Союза в Великой отечественной войне есть победа гениальной сталинской стратегии над стратегией фашистской Германии.

Всемирно-историческая победа в Великой отечественной войне означает победу славянских народов в их вековой борьбе против немецкой тирании. Укрепление боевого союза славянских народов является важной гарантией против новой агрессии мирового империализма.

* *
*

Победоносно завершив Великую отечественную войну, Советский Союз снова вступил в период мирного социалистического строительства. Важнейшими задачами этого периода является быстрейшее залечивание ран, нанесенных войной, восстановление довоенного уровня промышленности и сельского хозяйства с тем, чтобы в дальнейшем превзойти этот уровень в значительных размерах, еще более укрепить военную и экономическую мощь Советской державы.

Советский народ с огромным этузиазмом выполняет эти задачи, прилагает все усилия к тому, чтобы ускорить движение нашей страны по пути экономического и культурного расцвета, по пути к коммунизму.

Новая сталинская пятилетка создает надежные предпосылки для этого. Так, например, в 1950 г. должно быть выпущено 2 200 магистральных паровозов, но к концу этого же года производственная мощь паровозостроительных заводов будет доведена до 4 000 локомотивов в год. Автомобилей предусматривается выпустить в 1950 г. 500 тысяч, а производственная мощь автомобильных заводов к концу 1950 г. составит 750 тысяч машин.

Большие задачи поставлены и перед легкой промышленностью нашей страны. В 1950 г. предприятия легкой промышленности выпустят около 5 миллиардов метров шерстяных, шелковых и хлопчатобумажных тканей. Будет произведено 240 миллионов пар кожаной обуви.

Готовясь к тридцатой годовщине Октябрьской социалистической революции, трудящиеся нашей Родины развернули небывалое по размаху и охвату масс социалистическое соревнование за досрочное выполнение новой сталинской пятилетки.

Советская социалистическая интеллигенция, осуществляя поставленную товарищем Сталиным задачу, в ближайшие годы не только догнать, но и превзойти достижения зарубежных капиталистических стран, быстро двигает дальше вперед развитие советской науки, умножает достижения техники, медицины, искусства, богатства духовной культуры.

Советский народ успешно решает новые задачи, стоящие перед ним. Социалистическое отношение к труду является базой этих успехов. В сельском хозяйстве текущий год проходит под знаком выполнения решений февральского пленума ЦК ВКП(б). Колхозный строй вновь продемонстрировал свои преимущества, свою силу и организованность. Колхозники всей страны докладывают товарищу Сталину о своих достижениях. Они добились хороших результатов — многие республики, края, области, районы уже выполнили взятые обязательства по повышению урожайности и продуктивности сельского хозяйства. Социалистическое соревнование и в деревне поднялось на новую ступень. Миллионные массы колхозников, так же как и трудящиеся промышленности, демонстрируют образцы нового, социалистического отношения к труду, создают изобилие в стране сельскохозяйственных продуктов. Успехи колхозного строя в послевоенный период являются новым ярким свидетельством правильности генеральной линии партии в области перестройки сельского хозяйства.

* *
*

Тридцатилетие Великой Октябрьской социалистической революции советский народ празднует в чрезвычайно сложной международной обстановке. «В итоге второй мировой войны укрепились позиции социализма. Вопрос о социализме поставлен в порядок дня во многих странах Европы. Это не нравится империалистам всех мастей, они боятся социализма, боятся нашей социалистической страны, которая является образцом для всего передового человечества» [1]. Мир разделился на два лагеря. Лагерю реакции, империалистических хищников — поджигателей новой войны противостоит лагерь демократии и прогресса. Советский Союз возглавляет борьбу за демократический справедливый мир, за мирное сотрудничество народов, за укрепление международной безопасности.

Проводимая Советским Союзом последовательная политика мира, международного сотрудничества, решительный отпор поджигателям войны, твердая защита подлинной демократии, прогресса, культуры, национальной независимости и суверенности больших и малых стран еще более укрепляют международный авторитет и значение нашей великой Родины.

Капитализм не смог решить ни одной задачи, ставшей перед ним сразу после окончания войны. Капиталистический мир катится в пропасть новых экономических потрясений. Разгорается гражданская война в Греции и Китае, льется кровь колониальных народов, сражающихся за свою независимость.

Народы нашей страны успешно преодолевают послевоенные трудности — растет уровень производства и потребления, растут богатства нашей страны, быстро двигается вперед техника, наука, культура и искусство. Страна полным ходом идет к коммунизму.

Отмечая тридцатилетие Великой Октябрьской социалистической революции, мы смело смотрим в будущее. Оно сулит нам новый, еще невиданный подъем нашей экономики, новый расцвет науки, культуры и искусства, национальных по форме, социалистических по содержанию. И нет в мире такой силы, которая могла бы свернуть нас с этого пути, потому что нас ведет закаленная в боях, тесными узами связанная с массами народа Всесоюзная коммунистическая партия — партия Ленина—Сталина.

★

---

[1] А. Жданов, Доклад о журналах «Звезда» и «Ленинград».

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ
полковник мед. службы Я. И. АКОДУС

К ТРИДЦАТИЛЕТИЮ СОВЕТСКОЙ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

«Ведь самое ценное, что у нас есть, основное богатство нашей страны — это наши, советские люди. Поэтому сохранение здоровья людей, их работоспособности есть один из самых благородных видов деятельности».

М. И. Калинин

Мировая история не знает другого такого периода, когда за тридцатилетний срок произошло бы столько событий исторического значения, как за время с момента Великой Октябрьской социалистической революции до наших дней. За эти тридцать лет наша Родина из отсталого в политическом, культурном и экономическом отношении буржуазно-помещичьего государства превратилась в передовую социалистическую державу мира. Страна мельчайшего крестьянского хозяйства и слабой промышленности, в значительной мере принадлежавшей иностранному капиталу, стала страной мощной социалистической индустрии и социалистического земледелия, оснащенного самой совершенной в мире техникой.

За прошедшие 30 лет вместе со страной росли и крепли Вооруженные Силы Советского государства, показавшие себя в недавно закончившейся Великой отечественной войне с германским фашизмом и в войне с японским империализмом самой передовой армией в мире по техническому оснащению, стратегическому искусству, боевой выучке, а тем более по морально-политическому единству, мужеству и доблести ее личного состава. В нашей победе над самой могущественной военной машиной капитализма — германской фашистской армией, весь мир увидел непобедимую силу Советского государства и его Вооруженных Сил.

Советская военная медицина росла и развивалась вместе со всей страной и ее армией и начала создаваться с первых дней Октябрьской революции. Один из первых и крупнейших организаторов советской медицины З. П. Соловьев писал, что «подобно тому, как Красная Армия создавалась, что называется, на «чистом месте» после того, как революцией были сметены остатки прежней царской армии, так и военно-санитарная служба складывалась полностью вновь». Конечно, это не значит, что до революции в России не было военной медицины.

Русская военная медицина имеет длительную и славную историю. В области военной медицины работали многие блестящие представители русской медицинской науки: Мудров, Чаруковский, Пирогов, Боткин, Склифосовский, Вельяминов и др. Русская военная медицина несомненно, имела важнейшее значение в истории развития военной медицины в Европе.

Учение о военной гигиене — науке сохранять здоровье военнослужащих — М. Я. Мудрова, учение о медицинской сортировке, разработанное и внедренное в практику Н. И. Пироговым, идеи военно-полевой терапии, этапного лечения и ряд других передовых идей являются заслугой замечательных ученых и организаторов русской военной медицины в прошлом. Однако полученное советской военной медициной наследство оказалось исключительно бедным. Это объясняется тем, что в условиях царизма, когда военные медики были в армии на положении «инородного тела», эти идеи лишь в очень редких случаях проводились в жизнь, большинство же их не было реализовано. Об условиях, в каких работали при царизме военные врачи, ярко свидетельствуют слова академика Вельяминова на XIV съезде хирургов: «К со-

жалению, — говорил он, — мы видим, что в настоящей войне у нас почти во всех ведомствах и организациях врачи оттесняются от административной и организационной деятельности и нам, врачам, меньше приходится бороться со смертью, чем с теми препонами, какие нам ставят администраторы — не врачи — в нашем специальном деле».

Врачам Красной Армии пришлось начать создание советской медицины на «чистом месте»: надо было сломать старую, негодную организацию военно-медицинской службы и на ее месте построить новую.

История советской военной медицины ведет начало с первого дня советской власти — с 7 ноября 1917 г., когда Военно-революционный комитет Петроградского совета создал у себя медико-санитарный отдел. Этот отдел осуществлял организацию и руководство медицинской помощью Красной гвардии в дни Октябрьского восстания. 4 декабря 1917 г. декретом правительства за подписью В. И. Ленина во главе Военно-санитарного управления была поставлена Врачебная коллегия в составе врачей: А. Н. Винокурова, И. Г. Вегера, М. В. Головинского и М. И. Барсукова. 4 декабря 1917 г. и является датой начала организационного оформления советской военной медицины.

Задача создания советского управления военно-медицинской службой оказалась исключительно сложной. Чиновники старого Главного военно-санитарного управления и его учреждений на периферии упорно саботировали распоряжения нового советского руководства. Между тем начавшееся наступление немцев, а затем гражданская война требовали быстрейшей организации медицинского обеспечения войск. Декрет правительства от 28 января 1918 г. о создании Красной Армии сыграл решающую роль и в организации военно-медицинской службы. Одним из первых и важнейших мероприятий нового Главного военно-санитарного управления было объединение эвакуационного дела в руках военно-медицинского ведомства. До этого времени этим делом занималась не военно-медицинская служба, а генеральный штаб, комиссариат по демобилизации и Общество Красного креста. В мае 1918 г. в Главном военно-санитарном управлении был создан эвакуационный отдел, а в сентябре того же года Наркомздрав и Наркомвоенмор издали «Временную инструкцию учреждениям, ведающим эвакуацией», которая покончила с хаосом, существовавшим в этом деле. Эвакуация была полностью передана в ведение ГВСУ. То, чего в течение многих лет безуспешно добивались передовые люди русской военной медицины (Оппель, Вельяминов, Бурденко) было осуществлено только при советской власти. Укрепление аппарата ГВСУ и его периферийных органов обеспечило решение труднейших задач, возникнувших в условиях гражданской войны. Были подобраны преданные советской власти кадры, проведена чистка аппарата от враждебных элементов, налажено снабжение медицинским имуществом, создан значительный госпитальный и эвакуационный аппарат. Военно-санитарная служба справилась с врагом, который временами казался более опасным, чем белогвардейцы и интервенты, — с эпидемиями сыпного и возвратного тифа и холеры. З. П. Соловьев, говоря об этом периоде деятельности военно-санитарной службы Красной Армии, писал: «порой казалось и мы „на волосок“ от санитарной катастрофы». Однако этого не произошло благодаря повседневной помощи партии и правительства советскому здравоохранению и героической работе советских медиков.

«В условиях обнищалой изголодавшейся страны, но управляемой организованным пролетариатом, — писал З. П. Соловьев, — в течение нескольких месяцев 1920 г. количество обслуживающих Красную Армию госпитальных коек было доведено с 158 000 до 400 000 с лишним». Развитие коечного фонда характеризуется следующими цифрами к марту 1918 г. было 20 000 коек, к началу 1919 г. — 78 133, к июню 1919 г. — 118 600, к январю 1920 г. — 227 320, к июлю 1920 г. — 397 496.

Решена была и другая, в условиях разрухи того периода труднейшая, задача: заново создано банно-прачечное дело. «Зима 1919—1920 гг. знаменательна еще тем, — писал З. П. Соловьев, — что она поставила перед военно-санитарной службой во весь рост вопрос о развитии профилактических мер как основы санитарного благополучия Красной Армии. Борьба с вошью была пробным камнем в этом отношении. Вымыть Красную Армию стало лозунгом момента. И подобно росту госпитального аппарата так же быстро создали мощный банно-прачечный аппарат, могущий пропустить все 100% состава Красной Армии». В качестве важнейших профилактических мер налаживается массовая вакцинация красноармейцев, широко проводится санпросветработа.

В трудных условиях гражданской войны большевистская партия, советское правительство и лично вожди советского народа Ленин и Сталин оказывали военно-санитарной службе огромную помощь. Ленин повседневно интересовался состоянием здравоохранения Красной Армии и повседневно руководил этим делом. Сталин, непосредственно руководивший боевой деятельностью войск на многочисленных фронтах гражданской войны, уделял большое внимание медицинской службе. 9 января 1920 г. приказом № 15 Сталин требует от органов снабжения удовлетворять заявки военно-медицинской службы «по возможности без сокращения и без промедления с соблюдением установленных сроков для исполнения нарядов».

Велика заслуга советских военных врачей, фельдшеров, медицинских сестер и санитарок в дни гражданской войны и борьбы с массовыми эпидемиями. Многие медицинские работники, спасая больных красноармейцев, сами стали жертвой эпидемических заболеваний. З. П. Соловьев писал: «Нисколько не преувеличивая, можно сказать, что противоэпидемическая борьба в период гражданской войны была штурмом, упорным и кровопролитным штурмом, на который военный врач шел сознательно, помня о своем и врачебном и революционном долге».

С переходом Красной Армии на мирное положение перед военно-медицинской службой стал ряд новых задач. Забота о здоровье красноармейца, которая пронизывала всю деятельность военно-медицинской службы в период гражданской войны, в условиях мирного строительства стала ведущим стимулом. Тесное сочетание задач профилактики с лечебным делом или, как в тот период говорили, «профилактические задачи лечебной помощи» делаются основой военно-медицинского обеспечения Красной Армии. Это понималось в том смысле, что полковая санитарная служба, гарнизонная амбулатория, военный госпиталь должны были, наряду с лечебной работой, изучать быт и боевую подготовку красноармейца и причины, способствующие возникновению заболеваний, принимать санитарно-профилактические меры, вытекающие из результатов изучения, проводить массовую санитарно-просветительную работу. З. П. Соловьев так формулировал эти задачи: «Нам необходимо поставить всю военно-санитарную работу в направлении организации предупреждения зоболеваний и обслуживания красноармейца, в направлении создания из него мощного, гармонически развитого человека. Мы вступили на этот путь. Мы можем сделать первые шаги из царства необходимости в царство свободы. Мы можем думать о здоровом духе и здоровом теле уже не в прочувствованных речах и лицемерных лозунгах, но действенно, в смысле применения тех или иных методов создания здорового духа в здоровом теле». В этот период получают широкое развитие физическая подготовка бойцов, физиологическое исследование труда бойцов в различных периодах боевой подготовки, улучшается казарменный быт, ставится на научные основы организация питания.

Наряду с профилактическими мероприятиями, уделяется большое

внимание улучшению лечебной помощи — амбулаторной и стационарной, создаются отлично оснащенные госпитали с высококвалифицированным врачебным составом, быстро растет охват курортно-санаторной помощью.

Еще во время гражданской войны, в период передышки после разгрома Деникина, начали создаваться «трудовые санатории». После гражданской войны была заново создана курортно-санаторная сеть и уже в 1924—1925 гг. санаторно-курортную помощь получило 7 825 военнослужащих. В дальнейшем из года в год росло число санаториев и домов отдыха и число пользовавшихся ими. Улучшение материально-бытовых условий в стране и в армии и санитарно-профилактические мероприятия, широко проводимые военно-медицинской службой, дали свои результаты. Улучшилось физическое развитие красноармейцев, снизилась заболеваемость и смертность. В качестве иллюстрации приводим данные о физическом развитии участников всеармейских спортивных соревнований на первенство РККА в 1923, 1925, 1927 гг. (табл. 1).

Таблица 1

Средние данные о физическом развитии участников спортивных соревнований

Год	Вес (в кг)	Окружность груди (в см)	Спирометрия
1923	65,3	89,9	4 070
1925	66,4	89,7	4 370
1927	67,2	91,7	4 500

Заболеваемость в дореволюционной армии брюшным тифом в 1913 г. составляла 4,9%, в Красной Армии в 1926—1927 гг. снизилась до 0,5%. Заболеваемость малярией, которая в первые годы советской власти имела в армии очень большое распространение, с каждым годом снижалась: в 1923 г. заболело малярией 142 человека на 1 000, в 1925—1926 гг. — 54,4, в 1926—1927 гг.— 38 человек.

В старой русской армии такие заболевания, как цынга, чесотка, никогда не прекращались: в 1912 г. в Николаевске-на-Амуре в гарнизоне заболело цынгой 24,4‰ личного состава, в Ямбургском (недалеко от Петрограда) — 7,8‰; в Красной Армии эти заболевания были почти полностью ликвидированы.

Но особенно показательны данные о смертности в дореволюционной царской армии и в Красной Армии (табл. 2).

Таблица 2

Смертность среди военнослужащих

Год	Смертность на 1 000 человек личного состава	Смертность на 100 заболевших
1913	3,02	0,78
1924—1925	2,59	0,48
1925—1926	2,13	0,41
1926—1927	1,21	0,26

Дальнейшие успехи страны в индустриализации и коллективизации сельского хозяйства, в осуществлении сталинских пятилеток сильно способствовали улучшению физического состояния и санитарного благополучия бойцов. Страна стала давать армии физически лучше развитые контингенты, которые в армии в процессе боевой и физической подготовки закалялись еще более. В массовую спортивную работу в армии были вовлечены сотни тысяч красноармейцев: в 1932 г. на значок «Готов к труду и обороне» сдали испытания 200 000 человек.

Только после Великой Октябрьской социалистической революции впервые был серьезно поставлен вопрос о подготовке специалистов военных врачей. До Октябрьской революции высшему военно-медицинскому образованию в России не уделялось должного внимания. «Военно-

медицинская академия, — писал З. П. Соловьев, — была таковой по своему названию и обмундированию студентов». Уже в первые годы советской власти Военно-медицинская академия подверглась значительной реформе; в ее учебные планы была включена подготовка по специальным дисциплинам, необходимым военному врачу, — санитарной тактике, военно-полевой хирургии, военной гигиене. Параллельно с развертыванием боевой подготовки армии, все большее внимание уделялось подготовке медицинского состава войсковых частей и учреждений.

Еще во время гражданской войны делались первые шаги к созданию уставных положений по организации лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск. Так, в ноябре 1918 г. было объявлено приказом командующего Восточным фронтом «Временное положение об эвакуации больных и раненых красноармейцев». В условиях массового развития эпидемических заболеваний в декабре 1919 г. был издан приказ РВС республики и Наркомздрава РСФСР о такой системе эвакуации, при которой достигалось бы «возможно совершенное задержание тех больных и раненых, которые по роду болезни или характеру ранений могут получить надлежащее врачебное пособие в данной зоне». Требования этого приказа были направлены против царившего в дореволюционной армии принципа эвакуации «во чтобы то ни стало». Эвакуация должна осуществляться лишь при соответствующих показаниях, принимаются меры к организации лечения больных и раненых на месте. Для этой цели создаются группы лечебных учреждений в виде так называемых «санитарных кулаков» (по современной терминологии — госпитальных коллекторов) и т. п.

Однако стройной, разработанной системы лечебно-эвакуационного обеспечения ни в период гражданской войны, ни в течение первых лет после нее не было. Об этом ясно свидетельствовала неудовлетворительная организация лечебно-эвакуационного обеспечения войск на Бобруйских маневрах 1929 г. Маневры показали слабую полевую подготовку медицинских кадров. Этот год явился переломным моментом в разработке новых положений по медицинскому обеспечению войск и в деле организации боевой подготовки медицинского состава. В этой области большая заслуга принадлежит Б. К. Леонардову. В 1929 г. вышло разработанное при его участии «Руководство по санитарной эвакуации в РККА» (приказ РВС СССР и НКЗдрава РСФСР № 161), которым впервые кодифицируется принцип этапного лечения. В п. 9 «Руководства» мы читаем: «Система этапного лечения соединяет в себе все мероприятия по обеспечению наиболее благоприятных условий для выздоровления пострадавших в бою и больных как путем оказания им своевременной и рациональной медицинской помощи и размещения их по лечебным заведениям, так и путем удаления из района боевых действий. Эти два процесса, организационно связанные в одно целое, не могут быть отделены один от другого, не могут без вреда для всего лечебно-санитарного дела рассматриваться изолированно один от другого».

В дальнейшем громадные успехи индустриализации страны, широкое внедрение в армию технических средств, изменение тактики потребовали внесения серьезных коррективов в систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

Изданный в 1934 г. Устав санитарной службы регламентировал принцип этапного лечения с эвакуацией по назначению. Однако организация полевой медицинской службы того периода не соответствовала этому принципу, как мы понимаем его сейчас, ибо не была предусмотрена необходимая специализация лечебных учреждений. Вот почему, когда Красная Армия столкнулась с японцами в районе озера Хасан, а затем в районе реки Халхин-Гол, оказалось, что первоначально этапного лечения с эвакуацией по назначению на практике осуще-

ствить не удалось. «Военные действия в районе реки Халхин-Гол, — писал по этому поводу начальник Военно-санитарного управления Красной Армии Е. Н. Смирнов, — подтвердили, что санитарное обеспечение боевых действий фактически, а не на бумаге покоилось на системе развоза раненых и больных. Пришлось на ходу с большим трудом переходить на систему этапного лечения с эвакуацией по назначению». Медицинское обеспечение Красной Армии в войне с белофиннами уже было значительно лучше — в этой войне были сделаны попытки выделения специальных лечебных учреждений для легко раненых, организации специализированной помощи раненным в череп, в челюсти, в глаза. Однако и в период советско-финляндской войны 1939—1940 гг. эвакуация по назначению постоянно нарушалась. Так, в ППГ № 595, предназначенном для легко раненых, последние составили лишь 65,9%, а остальные 34,1% были тяжело раненые. Такое положение наблюдалось и в других лечебных учреждениях.

Е. И. Смирнов 12 сентября 1940 г. на 1-м пленуме Ученого медицинского совета при начальнике Военно-санитарного управления Красной Армии, подводя итоги работы военно-санитарной службы Красной Армии за последние два года, дал основные установки для перестройки ее.

Опыт последних боевых действий Красной Армии показал отсутствие у наших хирургов правильного и единого понимания классификации ранений и термина «первичная обработка раны».

Наши хирурги были воспитаны на учении о том, что первичный шов, наложенный на рану сразу же после ее иссечения, дает отличные результаты, между тем как наложение первичного шва в войсковом районе недопустимо.

У большинства хирургов отсутствовало понимание необходимости временной госпитализации раненого на том этапе, где было совершено оперативное вмешательство, если дальнейшая эвакуация жизненно противопоказана. У хирургов было неверное понятие о термине «легко раненый». Такого раненого отдавали в руки врачей-нехирургов. В действительности же легко раненый, особенно раненный в кисть, также нуждается в своевременной помощи квалифицированного хирурга. У наших хирургов не было четкого представления о том, что одной из главных задач военно-полевой хирургии является хирургическое предупреждение развития инфекций в огнестрельных ранах; это же предупреждение только тогда будет эффективным, когда оно производится своевременно. Далеко не все хирурги усвоили необходимость и значение иммобилизации конечностей при обширных повреждениях мягких тканей после хирургической обработки ран как первостепенного условия ограничения возможности распространения инфекции.

В будущей большой войне мы уже не будем располагать таким количеством высококвалифицированных хирургических сил, которые были в полевых и тыловых санитарных учреждениях в период событий на реке Халхин-Гол и во время войны с белофиннами. В большой войне при недостатке в хирургических кадрах и при неправильном понимании задач военно-полевой хирургии рассчитывать на полный успех лечения нельзя. В будущей войне решать судьбу военно-полевой хирургии будут не единицы, а десятки тысяч хирургов и врачей других специальностей, и поэтому все они должны правильно понимать основы современной доктрины военно-полевой хирургии.

Опыт войны с белофиннами был тщательно изучен и положен в основу дальнейшего строительства военно-медицинской организации. К этой работе были привлечены лучшие представители советской военной медицины. В результате их работы вышли в свет «Наставление по санитарной службе», «Указания по военно-полевой хирургии» и ряд других важнейших положений и инструкций.

На основе единых установок, данных начальником Военно-санитарного управления Красной Армии Е. И. Смирновым и изучения опыта войны с белофиннами, были внесены существенные изменения в организационную структуру санитарной службы и разработаны основные принципы хирургической деятельности в боевых условиях, получившие наименование единой военно-полевой хирургической доктрины. Эти принципы являлись отражением последних достижений науки в деле лечения ран в полевых условиях. Военно-полевая хирургическая доктрина исходила из того, что все раны являются первично инфицированными, что большинство раненых нуждается в первичной хирургической обработке ран в ближайшие часы после ранения. Требования скорейшего выноса раненых с поля боя, приближения квалифицированной и специализированной медицинской помощи и своевременное ее оказание являлись организационными выводами, вытекающими из этого положения и поставленными в качестве важнейших задач перед медицинской службой. Первичная квалифицированная хирургическая помощь должна производиться в дивизионном медицинском пункте, который таким образом становится главной операционной войскового района, а специализированная помощь должна оказываться, начиная с армейских полевых подвижных госпиталей.

Одновременно с разработкой важнейших положений по организации хирургической деятельности в боевых условиях аналогичная работа проводилась в области организации противоэпидемической защиты войск, закладывался фундамент военно-полевой терапии, развертывалась огромная работа по подготовке врачей различных специальностей, умеющих работать в походной и боевой обстановке. Целесообразная и научно обоснованная система лечебно-эвакуационного и противоэпидемического обеспечения войск в значительной степени предрешили успешную работу медицинской службы Красной Армии в годы Великой отечественной войны.

22 июня 1941 г. гитлеровская Германия вероломно напала на нашу родину. По призыву партии и правительства, любимого вождя трудящихся великого Сталина весь советский народ встал на защиту социалистической родины. В упорных оборонительных боях Красная Армия отбивала атаки вражеских полчищ, перемалывая технику и живую силу противника. Советский тыл героически обеспечивал свою армию всем необходимым для осуществления победы.

Чтобы решить государственной важности задачи медицинского обеспечения войск, военно-медицинской службе нужно было в исключительно сложных условиях организовать скорейший вынос раненых с поля боя, оказание им своевременной медицинской помощи, обеспечить тщательную медицинскую сортировку раненых и больных и их этапное лечение с эвакуацией по назначению. Характер огнестрельных повреждений в современной войне требовал создания в армейском и фронтовом тылу высококвалифицированной специализированной медицинской помощи раненым. Надо было правильно маневрировать медицинскими средствами, подобрать и рационально расставить медицинские кадры, организовав их подготовку. Надо было также унифицировать методику хирургического и медикаментозного лечения.

Неизбежным спутником всех прошлых войн являлись серьезные вспышки инфекционных заболеваний, особенно тифов, дизентерии, малярии. Перед военно-санитарной службой встала задача обеспечить санитарно-эпидемическое благополучие войск нашей армии и предотвратить развитие в ней массовых инфекционных заболеваний.

В нашем социалистическом государстве, где человек является самым ценным капиталом, где сталинская забота о человеке — непреложный закон всей жизни страны, где забота о народном здравоохранении стоит на первом месте, медицинская служба окружена особым внима-

нием партии и правительства. Благодаря этому постоянному вниманию военно-медицинская служба располагала всеми необходимыми средствами для лечебно-эвакуационного и противоэпидемического обеспечения боевых действий войск. Медицинская служба располагала достаточно емкими госпитальными базами как в действующей армии, так и в тылу, необходимым парком различных санитарно-транспортных средств, что позволяло своевременно эвакуировать раненых с поля боя в полевые госпитали и далее в тыл, полевой подвижной техникой противоэпидемического и гигиенического назначения, нужными медикаментами, инструментарием, бельем и другим имуществом.

Военно-санитарная служба перед началом Великой отечественной войны имела тщательно продуманную штатно-организационную структуру, правильно расставленные медицинские кадры с учетом их специальности. В основу системы лечебно-эвакуационного обслуживания Красной Армии была положена единая военно-медицинская полевая доктрина. Все это дало возможность в боевой обстановке своевременно оказывать квалифицированную медицинскую помощь раненым и больным и хорошо организовать последующее их лечение.

В период Великой отечественной войны советские хирурги разработали новые методы борьбы с шоком; улучшили методику лечения проникающих ранений грудной клетки, суставов, лечения рубцовых контрактур; применили специальные виды лечения раненых с повреждением мочевых путей; широко внедрили в практику первично отсроченный и вторичный шов ран и глухие гипсовые повязки; в сложной фронтовой обстановке широко использовали переливание крови и тем самым спасли жизнь десяткам тысяч раненых солдат и офицеров. Начиная с армейских полевых лечебных учреждений, была осуществлена специализированная лечебная помощь раненным в голову, грудь, живот, бедро, крупные суставы. Принцип этапного лечения с эвакуацией по назначению обеспечивал возможность более раннего оказания квалифицированной специализированной помощи различным категориям раненых и больных соответственно характеру и тяжести поражения.

Особо надо отметить, что такая большая проблема, как эвакуация и лечение легко раненых, военной медициной прошлого не была решена, хотя важнейшее ее значение правильно оценивалось и раньше. Только в Красной Армии в Великую отечественную войну эта проблема была блестяще решена созданием стройной системы лечения легко раненых и больных при МСБ и в специальных госпиталях для легко раненых. Были выработаны четкие единые понятия по вопросам эвакуации, сортировки и лечения легко раненых. Все это дало прекрасные результаты и значительно увеличило процент бойцов, возвращающихся в строй. Решение проблемы лечения легко раненых является одним из важнейших достижений медицинской службы в период Великой отечественной войны.

Санитарные потери в войсках от болезней в прошлых войнах во много раз превышали потери от оружия врага. Заболевшим на войне не уделялось должного внимания, они не получали своевременной терапевтической помощи и нередко оставались без нее. Такое положение имело место во всех армиях и войнах XIX века. «Военно-полевой терапии как науки не существовало, хотя достаточно писалось о „войсковых болезнях", о болезнях в армии и пр. ...: С первых дней Великой отечественной войны, впервые в истории военной медицины, у нас была создана специальная терапевтическая служба. Научные практические достижения внутренней медицины были поставлены на службу охраны здоровья войск непосредственно в районе боевых действий» (Е. И. Смирнов). Это дало в период войны также исключительно хорошие результаты. Известно, например, что количество больных значительно превышало количество раненых при обороне Севастополя

(1854—1856 гг.), во время русско-турецкой, русско-японской и первой мировой войны. В первой мировой войне соотношение больных и раненых в германской армии было равным 3 : 1, в русской армии 5 : 1. Во время Великой отечественной войны эти соотношения изменились. Больные в Красной Армии составляли меньше одной трети раненых. Впервые в истории войн инфекционные болезни в этой войне у нас имели ничтожный удельный вес. Если во времена Боткина преобладали заболевания тифами, дизентерией, малярией, то в эту войну тифы в Красной Армии составили всего лишь 0,25% всех заболеваний. И эта, сама по себе незначительная, цифра в годы Великой отечественной войны непрерывно снижалась, равно как снижалась и цифра многих важнейших заболеваний внутренних органов, например, язвы желудка, крупозной пневмонии и др.

В период Великой отечественной войны наша армия не знала сколько-нибудь значительных вспышек эпидемий. При возникновении отдельных эпидемических очагов они быстро локализовались медицинской службой, распространение эпидемических заболеваний предотвращалось. В этом ярко выявились все преимущества профилактического характера советской медицины. Своевременная организация санитарно-эпидемиологической разведки, строгое проведение принципа «инфекционных больных лечить на месте» обеспечивали быстрое выявление больных, их изоляцию и госпитализацию. Военно-медицинские работники Красной Армии провели большие противоэпидемические мероприятия не только среди войск, но и среди гражданского населения прифронтовой полосы, особенно в районах, освобожденных от временной оккупации.

В период войны значительную работу вместе с эпидемиологами выполнили военные гигиенисты, осуществлявшие профилактические мероприятия, особенно в области гигиены питания, водоснабжения, поддержания в должном порядке мест расположения войск.

Почетные и ответственные задачи военной медицины по организации лечебно-эвакуационного и противоэпидемического обслуживания войск в этой великой войне могли быть успешно решены лишь при достаточном количестве хорошо подготовленных медицинских кадров. Наша партия, правительство, лично великий вождь и учитель трудящихся товарищ Сталин уделяли и уделяют вопросу подготовки кадров исключительно большое внимание. В результате победоносного осуществления Великой Октябрьской социалистической революции, индустриализации и коллективизации страны, успешного выполнения сталинских пятилетних планов развития народного хозяйства многие тысячи трудящейся молодежи получили возможность окончить высшие и средние специальные учебные заведения и школы и стать специалистами. Товарищ Сталин на XVIII съезде партии в отчетном докладе о работе ЦК ВКП(б), характеризуя советскую интеллигенцию, говорил: «В итоге мы имеем теперь многочисленную, новую, народную, социалистическую интеллигенцию, в корне отличающуюся от старой, буржуазной интеллигенции как по своему составу, так и по своему социально-политическому облику» [1].

В советском государстве с каждым годом увеличивается выпуск врачей, средних медицинских работников различных специальностей (лаборантов, операционных сестер, рентгенотехников и др.). Уже в 1940 г. число врачей в нашей стране более чем в шесть с половиной раз превышало число врачей, имевшихся в 1913 г.

За годы сталинских пятилеток советская наука дала стране ряд замечательных работ, нередко имевших мировое значение. «Наука без промедления щедро заплатила своему народу за те лучшие условия,

---

[1] Сталин И., Вопросы ленинизма, изд. XI, стр. 608, 1940.

которые ей представила победившая революция» (С. И. Вавилов). Благодаря этому советская военная медицина могла строить систему своей деятельности на научных основах, благодаря этому она располагала кадрами, способными успешно решать стоявшие перед ними задачи.

В период войны к руководству многочисленными отраслями военной медицины в войсках и лечебных учреждениях армий и фронтов были привлечены крупнейшие специалисты нашей страны. В армию влились профессора, доктора и кандидаты медицинских наук, доценты, ассистенты, научные сотрудники многочисленных клиник и институтов Советского Союза. В составе медицинской службы Красной Армии работали 4 академика, 22 заслуженных деятеля науки, 275 профессоров, 558 доцентов, 308 докторов медицинских наук, около 2 000 кандидатов медицинских наук. В органах Управления медицинской службы, от ГВМУ до медицинских отделов армий включительно, был учрежден институт главных (фронтовых, армейских) специалистов. На них было возложено проведение принципов единой военно-полевой медицинской доктрины и руководство лечебной и профилактической деятельностью врачей по своей специальности. Главным хирургом Красной Армии с первых дней войны был назначен выдающийся ученый и хирург Герой социалистического труда академик Н. Н. Бурденко. Среди главных специалистов в ГВМУ и на фронтах работали виднейшие хирурги, терапевты и эпидемиологи — профессора С. С. Гирголав, П. А. Куприянов, Н. Н. Еланский, В. Н. Шамов, М. Н. Ахутин, С. С. Юдин, В. С. Левит, С. И. Банайтис, М. С. Вовси, А. А. Вишневский, П. И. Егоров, И. Н. Ищенко, Ф. Ф. Березкин, В. И. Попов, В. В. Гориневская, Э. М. Гельштейн, С. А. Поспелов, Т. Е. Болдырев, И. Д. Ионин и многие другие.

Медицинские учреждения армий и фронтов были укомплектованы квалифицированными кадрами работников различных медицинских специальностей. В период Великой отечественной войны выросли талантливые организаторы военной медицины, успешно руководившие работой медицинской службы фронтов и армий.

Советские медицинские работники, мужчины и женщины, работая в самых сложных условиях, нередко под огнем противника, проявили образцы патриотизма, геройства, отваги и самоотверженности. Вместе с бойцами и офицерами они отстаивали честь и свободу родины, отдавая свою жизнь делу спасения раненых. Не мало военных врачей, фельдшеров, медицинских сестер, санитарных инструкторов, санитаров и санитарок пали в боях смертью храбрых, выполняя свой долг перед родиной.

Фашистские захватчики, не считаясь с принципами, принятыми на Женевской конвенции, нападали на советские медицинские учреждения, бомбили их с воздуха, обстреливали тяжелой артиллерией, топили военно-транспортные суда с ранеными, попадавших к ним в плен советских медицинских работников подвергали пыткам, издевательствам и расстрелам.

Героическая работа медиков 62-й армии под Сталинградом проводилась не только под артиллерийским обстрелом, но и под огнем автоматического оружия и сопровождалась значительными потерями личного состава. В героической защите Севастополя с декабря 1941 г. по август 1942 г. медицинские работники проявили себя подлинными героями, мужественно выполняя свой долг перед родиной. Они заслуженно пользовались любовью бойцов и командиров героической Приморской армии. Военный совет армии оценил работу военных медиков следующим образом: «Несмотря на полную изоляцию Севастопольского гарнизона, подавляющее количество раненых все же удалось вывезти и эвакуировать в тыл страны. Личный состав санитарной службы, верный своему

долгу и присяге, оставался до конца... Земля Севастополя, на которой дралась и уничтожала врага Приморская армия, будет вечным свидетелем беззаветного геройства и глубокой преданности личного состава армии, а в том числе и светлой памяти работников санитарной службы».

Беспримерной по своей доблести была деятельность медицинских работников при исторической обороне Ленинграда в дни его блокады.

Родина по заслугам оценила работу советских военных медиков. За период Великой отечественной войны 29 медицинским работникам присвоено высокое звание Героя Советского Союза, из них 12 фельдшерам и 17 санитарам и санитарным инструкторам. В числе получивших это высокое звание 10 женщин.

За исключительные залуги в области медицинского обеспечения войск работникам медицинской службы Красной Армии вручено: 285 орденов Ленина, 3 310 орденов Красного Знамени, более 7 500 орденов «Слава» 1-й степени, более 10 000 орденов «Отечественная война» 1-й и 2-й степени, около 70 000 орденов «Красной Звезды». Многие тысячи медиков награждены правительством медалями «За отвагу», «За боевые заслуги», за оборону городов-героев Ленинграда, Севастополя, Одессы, Сталинграда, за оборону Москвы и др.

Вся медицинская наука и деятельность военно-медицинских работников в период войны были поставлены на службу великой цели — как можно быстрее и лучше лечить раненых и больных, увеличивая число возвращенных в строй, свести к минимуму смертность на этапах санитарной эвакуации; максимально уменьшить число инвалидов, не допустить возникновения эпидемических заболеваний в войсках.

Высокая оценка работы медицинской службы Красной Армии дана правительством уже в итоге первого года Великой отечественной войны. В историческом документе «Политические и военные итоги года Отечественной войны», объявленном в сообщении Совинформбюро 23 июня 1942 г., говорилось: «...Кроме того, тщательное изучение вопроса показало, что, благодаря хорошо поставленной санитарной службе в Красной Армии, число вернувшихся в строй раненых бойцов равно 70% от числа раненых, а в немецкой армии в результате никудышной санитарной службы, которая была рассчитана тоже на „молниеносную" войну, возвратилось в строй раненых немецких солдат не более 40% от всего числа раненых».

20 мая 1943 г. председатель Президиума Верховного Совета СССР М. И. Калинин, вручая орден Ленина и золотую медаль «Серп и Молот» Герою социалистического труда главному хирургу Красной Армии акад. Н. Н. Бурденко, указал, что «...награждение тов. Бурденко имеет большое политическое значение. Это награждение означает, что медицинское обслуживание нашей Красной Армии стоит в одном ряду с авиационным, артиллерийским обслуживанием, что медицинские работники в рядах армии столь же нужны, как бойцы и командиры».

Только в условиях армии диктатуры пролетариата военные врачи поставлены в одинаковые условия с офицерами всех родов войск и служб. Прежнее неравноправное положение военных врачей в сравнении с привилегированным положением офицеров, являвшихся выходцами из дворян и помещиков, в нашей армии устранено с начала ее создания. Военный врач в Советской Армии не «пасынок» офицерской среды, а равноправный и авторитетный офицер. Для высшего, старшего и среднего военно-медицинского состава Советской Армии введены персональные воинские звания так же, как и для всего офицерского состава всех родов войск и служб Вооруженных Сил СССР. Это имело важнейшее значение для военной медицины. Еще больше укрепился авторитет и поднялась роль военного врача как офицера Советской Армии.

Успешному выполнению задач военно-медицинской службы в период войны способствовало также издание таких важнейших документов, как «Указания по военно-полевой хирургии», «Наставление по санитарной службе Красной Армии», «Инструкции по методам хирургического лечения», «Руководство по работе в эвакогоспиталях» и другие пособия, которые были составлены и даны в войска в первые дни войны. Это стало возможным только потому, что еще до войны были разработаны принципы единой военно-полевой медицинской доктрины.

В течение Великой отечественной войны Главное военно-санитарное управление продолжало разработку новых инструкций, положений, наставлений, руководств, обобщавших опыт работы в различных отраслях военной медицины.

Наличие в армии высококвалифицированных кадров позволило во время войны успешно организовать переподготовку и усовершенствование военных врачей. Несмотря на неотложные задачи по организации медицинского обеспечения за период войны 50% всех военных врачей прошли различные специальные курсы по усовершенствованию и переподготовке. Большую работу в этой области провели Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, военные факультеты и фронтовые и окружные курсы усовершенствования медицинского состава (КУМС). За годы войны подготовлены тысячи военно-полевых хирургов, сотни нейрохирургов, терапевтов, эпидемиологов и врачей других специальностей. Наряду с этим советские врачи фронта и тыла, охваченные патриотическим стремлением всемерно помочь своей родине, творчески улучшали применяемые ими методы лечения для своевременного и наиболее полного восстановления боеспособности и трудоспособности солдат и офицеров, вели большую научно-исследовательскую работу. Творческая мысль военных медиков нашла свое выражение в десятках и сотнях рационализаторских предложений, изобретений и усовершенствований. За период 1941—1945 гг. в различных трудах, сборниках, пособиях, медицинских журналах и в виде отдельных монографий советские медики опубликовали более 15 500 работ по вопросам военно-полевой хирургии, терапии, противоэпидемической защиты войск, гигиены, специализированной помощи, организации и тактике медицинской службы и др.

26 марта 1946 г. Совет министров СССР принял решение об издании в 1948—1950 гг. многотомного труда «Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг.». Обобщение опыта войны, научная разработка материалов по лечению раненых и больных и профилактике эпидемических заболеваний среди населения и в войсках имеют огромное значение для дальнейшего развития теоретической и практической медицины. Постановление Совета министров нашло широкий отклик у крупных ученых, специалистов и рядовых врачей, принимавших участие в охране здоровья войск, в организации лечения и эвакуации раненых и больных бойцов и офицеров Советской Армии.

В годы величайших в истории человечества битв советские медики выдержали серьезное испытание на фронте и в тылу. Для возвращения в строй более 70% раненых воинов потребовалась четкая, слаженная работа, героизм и самоотверженность всех медицинских работников страны.

Перед советскими медиками в настоящее время поставлена задача большой государственной важности — полностью собрать и научно обобщить все новое, что за время Великой отечественной войны внесли в медицинскую науку и практику советские ученые и рядовые врачи. Многотомный труд, обобщающий опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941—1945 гг., будет неоценимым вкладом в мировую медицинскую науку.

Громадное значение для военной медицины имеет Военно-медицин-

ский музей Советской Армии, начавший свою работу в конце 1942 г. Этот музей является выдающимся памятником военно-медицинской службы периода Великой отечественной войны, в нем отражены и наши успехи, и наши недочеты. Музей ставит своей основной задачей накопление материалов, их первичную научную систематизацию и аннотацию, подготовку материалов к экспозиции и их дальнейшую научную обработку. Архив, организованный при музее в 1943 г., накапливает и научно разрабатывает отчетную документацию медицинских военных учреждений, обеспечивает обоснованную систематизацию материалов, от которой зависит дальнейшее правильное использование их для научных работ, составления отчетов о деятельности военно-медицинской службы как в годы Великой отечественной войны, так и в мирное время.

Более 100 лет назад знаменитый публицист В. Г. Белинский писал: «В будущем мы, кроме победоносного русского меча, положим на весы европейской жизни и русскую мысль».

Советский Союз под руководством партии Ленина—Сталина, одержав всемирно-историческую победу над фашистской Германией и империалистической Японией, снова приступил к мирному строительству, к завершению создания социалистического общества и постепенному переходу к коммунизму.

Пятилетним планом восстановления и развития народного хозяйства страны перед трудящимися СССР ставятся великие задачи.

Советские ученые за последние годы добились замечательных успехов. Много дали науке и советские медики.

Еще в 1900 г. при открытии в Москве первого съезда российских хирургов председатель его оргкомитета русский ученый П. И. Дьяконов, следуя славным традициям русских ученых, обратился к съезду со следующими словами: «Да, мы пережили время, когда русский ученый для составления ученого труда обязан был ехать в заграничную клинику или лабораторию, когда статья его, чтобы быть известной, должна была появиться в заграничном издании, когда научное общение хирургов было мыслимо только с заграницей; и как создание своих ученых институтов придало русским научным исследованиям необходимую для всякого ученого труда печать самобытного, оригинального творчества, так и возникающие ныне съезды хирургов поведут к образованию русской хирургической школы» [1].

Это говорилось в условиях царизма, когда наука не имела поддержки у правительства, ученые терпели огромные лишения, а подчас подвергались и гонениям. В условиях социалистического государства, когда наука окружена постоянной заботой партии и правительства, «к лицу ли нам, представителям передовой советской культуры, советского патриотизма, роль преклонения перед буржуазной культурой или роль учеников?!» (Жданов).

Советский народ изменился и вырос вместе с величайшими преобразованиями, которые в корне изменили облик нашей страны. Советские медики, с честью выполнявшие свой долг перед страной в годы великих военных испытаний, проникнутые патриотическим чувством любви к своей социалистической родине, внесут свой дальнейший научный и практический опыт в дело совершенствования здравоохранения населения. В послевоенный период военно-медицинские работники в упорной творческой работе обобщают опыт Великой отечественной войны, используя его на благо родины, неустанно повышают свою медицинскую и военную квалификацию, осуществляют контроль над физическим состоянием войск, организуют лечебно-профилактическую работу в войсках.

Но мы не можем успокоиться на достигнутом. Мы должны непре-

---

[1] Труды первого съезда российских хирургов, М., стр. 7, 1901.

рывно изучать наш опыт, улучшать лечебно-профилактическое обеспечение войск, двигать вперед советскую военную медицину, славное тридцатилетие которой отмечаем.

Под руководством коммунистической партии, под водительством великого Сталина, вместе с миллионами советских патриотов военно-медицинские работники Вооруженных Сил СССР будут самоотверженно бороться за дальнейшее укрепление могущества родины, за осуществление великого плана новой сталинской пятилетки, за полную победу коммунизма в нашей стране.

★

Полковник мед. службы Т. И. МАСЛИНКОВСКИЙ

САНАТОРИИ И ДОМА ОТДЫХА ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СССР К ТРИДЦАТОЙ ГОДОВЩИНЕ ОКТЯБРЯ

Санаторно-курортное дело в СССР является детищем Октября. До этого в России, как и ныне за границей, существовали исключительно частновладельческие санатории, пансионы и гостиницы на курортах, где лечились и отдыхали представители знати и капиталистических классов. Трудящимся курорты были недоступны. Примерно через полтора года после Октябрьской социалистической революции — в начале 1919 г. Совет народных комиссаров издал декрет, по которому «все лечебные местности и курорты, где бы таковые на территории России ни находились, со всеми землями, лесами, водными пространствами и недвижностью составляют народное достояние, переходят в собственность Республики и используются для лечебных целей».

Так переход государственной власти в руки рабочих и крестьян положил начало санаторно-курортному делу в СССР.

21 августа 1920 г. после изгнания из Крыма белогвардейцев В. И. Ленин подписал второй декрет, который имел для санаторно-курортного дела историческое значение:

«Благодаря освобождению Крыма Красной Армией от господства Врангеля и белогвардейцев открылась возможность использовать лечебные свойства Крымского побережья для лечения и восстановления трудоспособности рабочих, крестьян и всех трудящихся всех Советских Республик, а также рабочих других стран. Прекрасные дачи и особняки, которыми раньше пользовались крупные помещики и капиталисты, дворцы бывших царей и великих князей, должны быть использованы под санатории и здравницы для рабочих и крестьян».

Для санаторно-курортного строительства открылись широкие перспективы. 2 000 санаторных коек было в 1913 г., а сейчас после войны, когда сеть санаториев и домов отдыха еще не восстановлена полностью, санатории и дома отдыха насчитывают 273 000 коек. Таким образом в течение одного года в санаториях и домах отдыха получают лечение и отдых миллионы трудящихся.

Санаторное строительство за годы советской власти было поставлено на научные основы, выросла бальнеологическая наука, которая в царской России находилась в зародышевом состоянии, были основаны первые в мире курортологические институты, которых в 1941 г. насчитывалось 13, создана большая научная курортологическая литература. Шли интенсивные геологические изыскания; за годы советской власти выявлено свыше 2 500 минеральных источников, залежей лечебной грязи, и открыт ряд климатологических станций. Но и это составляет только часть неисчерпаемых и многообразных природных лечебных средств, которыми располагает СССР.

Передача этих средств народу закреплена Сталинской Конституцией.

В Конституции (ст.ст. 119 и 120) сказано, что в пользование трудящихся предоставляется широкая сеть курортов, санаториев и домов отдыха.

Так было создано грандиозное государственное санаторно-курортное дело, что обеспечило планомерное использование богатейших целебных природных факторов советского государства на благо трудящихся.

* *
*

История санаториев и домов отдыха Вооруженных Сил СССР ведет начало с 1922 г., когда после окончания гражданской войны и перехода Красной Армии с военного на мирное положение были основаны первые военные санатории в Кисловодске, Ессентуках, Пятигорске, Гурзуфе, Саках, Евпатории. Сначала санатории были объединены в две группы — военно-курортные станции Крыма и Кавказа с подчинением начальникам этих станций. Впоследствии санатории были переданы в ведение непосредственно Санитарному управлению Красной Армии. С этих первых санаториев началось развитие санаторно-курортной сети Вооруженных Сил СССР.

В 1929 г. стал осуществляться план организации санаторных отделений госпиталей военных округов в курортных местностях — Сухуми, Боржоми, Кичкине, Сестрорецке и др. Санаторные отделения положили начало росту числа военно-окружных санаториев и домов отдыха. Военные округа как бы соревновались в деле обеспечения своих командиров и членов их семей санаторным лечением и отдыхом. Особенно ценным явилось создание ряда санаториев на Дальнем Востоке (Дарасун, Кульдур, Тихоокеанский и др.). Это дело встречало всемерную поддержку центра. Увеличилось и число центральных санаториев, подчиненных непосредственно Военно-санитарному управлению.

По всей советской стране — в Крыму, на Кавказе, на Черноморском побережье, на Волге, под Ленинградом и Москвой, на Дальнем Востоке, в Сибири, в Средней Азии, на Тихом океане, на Украине и в других местах — раскинулась большая сеть санаториев и домов отдыха Красной Армии и Военно-Морского Флота, число которых в 1941 г. исчислялось уже многими десятками.

В истории санаторно-курортного дела значительным событием явилось открытие в 1934 г. вновь построенного в Сочи Центрального санатория Красной Армии им. К. Е. Ворошилова. По архитектуре, по оборудованию лечебных кабинетов этот санаторий явился отличным лечебным и научно-исследовательским учреждением и вместе с тем прекрасным местом отдыха.

Важным событием явилось также открытие в 1935—1937 гг. подмосковного дома отдыха «Архангельское» (ныне Центральный клинический санаторий), постройка новых зданий для детского санатория в Евпатории, для санаториев в Кисловодске, Гурзуфе, Ялте и др.

С первых же дней своего существования военные санатории стали высококвалифицированными лечебными учреждениями. Не случайно часть первых санаториев (Ессентуки, Пятигорск, Москва и др.) сформировались из госпиталей.

Все в строительстве, оборудовании, режиме, культурно-массовой работе, отборе больных и т. п. с самого начала было подчинено лечебным принципам. В 1935—1936 гг. были даже открыты клинические отделения в санаториях им. Ворошилова (Сочи), Кисловодском, Гурзуфском. Отделения предназначались для больных, нуждающихся в более продолжительном лечении и в особом режиме, приближающемся к госпитальному.

Военные санатории завоевали большой авторитет и внесли солидный вклад в санаторно-курортное дело СССР.

В 1932 г. военные санатории одними из первых перешли на круглогодовую работу и в связи с этим стали изучать и обосновывать применение курортных лечебных средств в зимнее время. Ессентукский санаторий первым начал лечение больных с язвенной болезнью. Лечение оказалось настолько успешным, что в 1945 г. в этом санатории 30% лечившихся составляли больные с язвенной болезнью. В Сочинском санатории им. Ворошилова мацестинскую воду в комбинации с другими средствами стали удачно применять для лечения некоторых женских, кожных заболеваний, а в последние годы — гипертонической болезни. В Сакском санатории испытали новые методы лечения грязями обморожений и ожогов. Многого достиг Евпаторийский санаторий в лечении детского костного туберкулеза. Немало нового, оригинального внесли в терапию различных заболеваний и другие санатории.

Лечебная физкультура в военных санаториях заняла ведущее место. Особенно в этом отношении выделялись санатории: Сочинский им. Ворошилова, Гурзуфский, Кисловодский, «Архангельское».

Повышению и укреплению лечебного дела в санаториях много содействовало обеспечение их самым лучшим оборудованием из того, что давала и дает наша советская медицинская промышленность, выросшая за годы сталинских пятилеток. Санатории давно уже имеют рентгеновские аппараты, электрокардиографы, богато оборудованные физиотерапевтические кабинеты, зубопротезные лаборатории, отличные водолечебницы, ингаляторий. Перед войной началось строительство грязелечебницы в Саках, организация хирургических отделений в туберкулезных санаториях (Ялта, Сосновка).

Хорошо поставленная диагностика, большой процент положительных исходов при лечении, высокий уровень лечебного дела в целом — это результат научно-исследовательской активности санаторных врачей. Военно-санитарное управление всегда придавало большое значение постановке научно-исследовательской работы в санаториях, следило за научной тематикой, за выполнением планов научных работ, по мере возможности содействовало их опубликованию и широко практиковало научные командировки врачей.

Как сказано было выше, в Саках врачи изучали грязелечение костных переломов, отморожений, ожогов, а в послевоенные годы — различных последствий военной травмы.

Ессентукский санаторий испытывал эффективность лечения ряда заболеваний грязями умеренных температур. Сочинский санаторий им. Ворошилова изучал комбинированное действие мацестинской воды и других медицинских средств на висцеральный ревматизм и хронио-септические заболевания, на изменение минутного объема крови, на углеводный обмен и др. В Ялтинском туберкулезном санатории проблемами научного исследования были: применение физкультуры при открытых формах туберкулеза, диссеминированные формы туберкулеза и др. В Евпаторийском санатории искали возможностей для лечения последствий детского полиомиэлита. Научная проблематика центральных санаториев была обширной, разнообразной и практически ценной.

В послевоенные годы санатории много внимания уделяют изучению воздействия местных курортных факторов на последствия военных повреждений. Уже завершено немало ценнейших научных работ, ожидающих опубликования. Широкому размаху научно-исследовательской работы и совершенствованию лечебного дела в санаториях много содействовали консультанты санаториев, среди которых были профессора Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова и ряд видных медицинских деятелей.

Санаторно-курортная система Вооруженных Сил СССР вырастила десятки врачей специалистов — курортологов, бальнеологов, климатологов, физиотерапевтов и по лечебной физкультуре. Наличие этих

кадров, на специализацию которых требуется много лет пребывания на одном курорте, — одно из крупнейших достижений военных санаториев. В военных санаториях и домах отдыха получили хорошую выучку много медицинских сестер, администраторов, хозяйственников, без которых невозможно поставить на высоту санаторно-курортное дело.

Военные санатории и дома отдыха выделяются из всех учреждений подобного типа прекрасным качеством культурно-массовой работы, которой и Главное политическое управление, и окружные политические органы всегда уделяли и уделяют много внимания. Большинство санаториев и домов отдыха имеют стационарные киноустановки (в некоторых санаториях киноустановки парные), получают свежие кинофильмы, имеют радиоузлы, музыкальные инструменты, библиотеки и т. п. Некоторые библиотеки (Ялтинский санаторий, «Архангельское», Сочинские имени Ворошилова и Фабрициуса, Кисловодский и др.) обладали книжным фондом, превышавшим 10 000 томов. Главное военно-санитарное управление отпускает значительные денежные средства на организацию концертов, спектаклей, вечеров самодеятельности.

К этому следует добавить туризм и физкультуру, которые в санаториях и домах отдыха получили большое развитие. С каждым годом росло число теннисных, волейбольных площадок; там, где это было возможно, открывались катки, процветал лыжный спорт, заводились велосипедные парки («Архангельское»), устраивались лодочные станции, купальни и т. д. Все это вместе с широко проводившимися культурно-массовыми мероприятиями давало в руки врачей огромный арсенал средств для всестороннего воздействия на организм больного и отдыхающего.

Развитие подсобных хозяйств в некоторых санаториях («Архангельское», Сочинский им. Ворошилова, Евпаторийский, Сакский, Кисловодский, Гурзуфский и др.) достигло большой мощи, позволило отлично поставить общее и лечебное питание больных и отдыхающих.

* *
*

Война потребовала изменения рабочего профиля санаториев и домов отдыха. «Все для войны, все для фронта!» — этим лозунгом жила вся наша страна. Санатории и дома отдыха были превращены в госпитали и стали обслуживать раненых в боях за родину советских воинов, курортные лечебные средства были применены для лечения военных повреждений. Десятки тысяч раненых возвращались после лечения в госпиталях-санаториях выздоровевшими в свои части на фронт.

Вторжение немцев и временное хозяйничанье их в оккупированных районах нанесли тягчайший удар и по санаторно-курортному делу.

Трудно описать весь ущерб, который немецкие вандалы причинили санаториям. Они уничтожили Евпаторийский детский санаторий, превратив в руины лучшее в стране лечебное учреждение; смели с лица земли прекрасный дом отдыха в Судаке; разграбили ценнейшее имущество санаториев и домов отдыха, в том числе уникальное медицинское оснащение, вырубили прекрасные парки, взорвали электростанции, разрушили дороги.

После разгрома и изгнания фашистских армий началась интенсивная восстановительная работа. В санатории и дома отдыха широким потоком потекли медицинское имущество, предметы ухода, быта, уюта; начат ремонт поврежденных и восстановление разрушенных зданий, электростанций, дорог и т. д. Сейчас электростанции восстановлены во всех крупных санаториях. Спустя два-три месяца после изгнания немцев стали вновь открываться двери санаториев и домов отдыха для больных и нуждающихся в отдыхе военнослужащих и членов их семей. Одновременно создавались и новые санатории и дома отдыха в Цхал-

тубо, Светлогорске (бывш. Раушен), на Рижском взморье и других местах. Стало заметно расти число крупных домов отдыха.

Для рационализации управления и снабжения признано было целесообразным санатории Кавказа, Крыма и Черноморского побережья объединить в группы с санаторными управлениями во главе.

Постепенно стали возвращаться на свои места и бывшие санаторные врачи, во время Великой отечественной войны работавшие на фронтах. Однако процесс консолидации кадров еще далеко не закончен — ряд врачей все еще работает на другой работе и остается вне санаториев.

Предстоит специализировать новый врачебный состав. Для этого необходимо развертывать активную научно-исследовательскую работу, широко практиковать научные командировки, прикрепление к санаториям видных специалистов в качестве консультантов. При санаторных управлениях организованы ученые советы, которые, несомненно, будут способствовать научной работе и специализации врачей. Очень полезны в этом отношении и совместные научные конференции с врачами гражданских санаториев, особенно там, где имеются бальнеологические институты (Сочи, Пятигорск и др.).

Великая отечественная война не могла не отразиться на состоянии здоровья части генералов и офицеров. Среди них имеются лица с последствиями военных травм и перенесенных за время войны серьезных заболеваний. Учитывая, что такие больные нуждаются в более длительном лечении и особом режиме, возникает мысль о необходимости расширить в ряде санаториев клинические отделения.

В 1945 г. состоялось санаторно-курортное совещание, на котором были подведены итоги работы санаториев за время, прошедшее после освобождения их от оккупации. Совещание показало, как плодотворно шло восстановление, как много сделано и вместе с тем как много еще предстоит сделать, чтобы в постановке санаторно-курортного дела достичь довоенного уровня и превзойти его.

Предстоят большие строительные работы. Ждет завершения строительство Сакской грязелечебницы, предстоит строительство в Цхалтубо, Гурзуфе и, надо надеяться, будет, наконец, построен свой санаторий и в Железноводске, нужда в котором ощущается уже давно. Наряду с этим необходимо повседневно вести ремонт жилых и лечебных зданий, санитарно-технических установок и сооружений в существующих санаториях и домах отдыха, решить давно назревшую проблему — обеспечить квартирами обслуживающий состав санаториев, что имеет большое значение для подбора и сколачивания кадров.

В некоторых санаториях имеются чудесные старинные и новые парки («Архангельское», Сочинский им. Ворошилова, Марьино, Сосновка, Марфино и др.). Парки — не только украшение, они являются важным лечебным фактором. Сохранять и развивать старые парки, насаждать новые, выращивать ценные породы деревьев и кустарников, цветы — это весьма важная задача, стоящая перед нашими санаториями.

Попрежнему актуальное значение имеет отбор больных в санатории. В 1945 г. вышло новое дополненное издание перечня показаний и противопоказаний к направлению раненых и больных в центральные санатории; для окружных санаториев разработаны свои перечни. Тем не менее все еще наблюдаются отдельные случаи направления в центральные санатории «непоказанных» больных. Это свидетельствует об известной небрежности в отборе, которая может вредить больному и нарушать «профильность» санатория. Врачам войсковых частей и соединений следует помнить, что при распределении путевок в санатории они обязаны соблюдать принцип «отбора по назначению» так же строго, как они строго проводили на фронте принцип «эвакуации по назначению».

Серьезную проблему представляет «сезонная» тяга в санатории и дома отдыха только в теплое время года. Нужно, чтобы военнослужащие пользовались положенным им отдыхом зимой так же охотно, как и летом. Для этого нужно всемерно развивать зимний туризм, зимние виды спорта, организовать охотничьи хозяйства, дачное строительство. В центре нужно строго планировать распределение и выдачу путевок.

Предстоит также решить задачи учета отдаленных результатов санаторного лечения. Вопрос об этом поднимали не раз, но ни разу он не был решен полностью. Необходима более тесная связь врачей санаториев с врачами частей войск и флотов. Особенно важна такая связь для правильной диспансеризации генералов и офицеров. Санаториям следует пересылать войсковому врачу или врачу флота подробные данные о результатах санаторного лечения.

55% всей сети санаториев и домов отдыха принадлежат округам. Следует, по нашему мнению, всемерно поддерживать и развивать эту сеть. Окружные санатории должны являться квалифицированными лечебными учреждениями и по качеству своей работы встать в один ряд с центральными. Ряд военных округов располагает богатейшими возможностями в использовании климатических и бальнеологических факторов для укрепления здоровья военнослужащих.

Санатории и дома отдыха занимают весьма важное место в лечебно-профилактическом обслуживании личного состава войск и флота. Дальнейшее улучшение качества работы санаториев и домов отдыха является одной из наших основных задач, над решением которой со всей энергией будут работать многочисленные коллективы наших курортно-санаторных работников.

★

Генерал-майор мед. службы проф. Д. Н. ЛУКАШЕВИЧ
и подполковник мед. службы доц. Л. Я. СКОРОХОДОВ

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ИМЕНИ С. М. КИРОВА

I

Военно-медицинская (раньше Медико-хирургическая) академия имени С. М. Кирова существует почти 150 лет. Первоначально в момент основания (в 1798 г.) предполагалось, что главное назначение академии будет заключаться в подготовке врачей для армии и флота. Однако очень быстро академия переросла эти рамки и превратилась в первый по своему значению очаг общемедицинской мысли в России. Но в течение всей своей дореволюционной истории академия была оторвана и от русского народа, и от живого биения русской жизни. Научную работу в академии каждый вел на свой страх и риск, без плана, без какой-либо обобщающей идеи. Связи академии с армией были очень слабы. Материальное оснащение ее после первой мировой войны пришло в расстройство. Студенчество академии, в свое время шедшее в авангарде передовых студенческих политических движений, ко времени первой мировой войны в значительной мере отошло от них. Учебная жизнь академии шла по установившимся традициям. Военизация, начатая в 1913 г. и имевшая целью сблизить академию с армией, в годы войны не была доведена до конца — академия оставалась общемедицинским высшим учебным заведением.

За годы своего существования до Великой Октябрьской социалистической революции академия дала России не мало выдающихся ученых. В стенах ее развернулся талант великого Пирогова, создавшего военно-полевую хирургию как науку, сложились главнейшие русские хирургические школы (Богдановский, Ратимов, Вельяминов, Федоров), положено начало новой отрасли знаний — физиологии высшей нервной деятельности, построенной на материалистической основе (Сеченов) и функциональной патологии (Пашутин), основана блестящая отечественная клиническая школа, совершенно самобытная и оригинальная в трактовке ряда медицинских проблем и в практическом подходе к больному (Боткин), сложилась школа педиатрии (Гундобин), русские школы отоларингологов (Симановский) и психиатрии (Бехтерев). Руководителями кафедр академии были известные ученые страны. Таким образом, академия еще до революции превратилась в ведущий международный центр научной медицины в ряде ее отраслей.

II

Великая Октябрьская социалистическая революция внесла свежую струю в жизнь академии и поставила перед ней новые задачи. Процесс перестройки академии произошел не сразу. Большинство преподавателей, независимо от своих политических убеждений, в годы революции смотрели на академию как на ценное достояние народа, которое необходимо было сохранить во что бы то ни стало. Тяжелые условия работы в пору экономической разрухи, которую переживала страна, не смогли сломить патриотической преданности ученых своей родине. Необходимо отметить, что уже в первые дни Великой Октябрьской социалистической революции передовые работники академии во главе с проф. Шевкуненко организовали медицинское обеспечение боевого участка при штурме Зимнего дворца.

Революция внесла существенные изменения в строй академической жизни. В состав конференции академии вошли представители от преподавателей и студенчества, была введена выборность начальника. В декабре 1918 г. на этот пост был единогласно избран проф. Тонков, руководивший работой академии в течение последующих 8 лет. В. И. Ленин и Я. М. Свердлов проявляли живейший интерес к вопросам жизни академии. От них проф. Тонков получил ряд важнейших указаний по вопросам организации работы академии, по удовлетворению материальных нужд профессорско-преподавательского состава, по вопросам, касавшимся положения ученых в стране.

Когда в 1918 г. в Петрограде возникла эпидемия сыпного тифа, академия активно включилась в борьбу с ней. Клиники переключились на обслуживание инфекционных больных, из врачей и студентов были сформированы специальные группы для борьбы с эпидемиями. В борьбе с сыпным тифом на боевом посту погибли проф. Троицкий, Вилланен, приват-доцент Поггенполь, ассистент Куковеров.

Во время гражданской войны академия оказывала большую помощь фронту. Профессора Оппель, Гирголав, Шевкуненко, преподаватели Куприянов, Валькер (ныне профессора академии) и другие принимали деятельное участие в организации санитарных учреждений для Красной Армии. В дни наступления армии Юденича врачебные отряды, сформированные академией, работали на боевых участках фронта. Во время кронштадтского мятежа академия организовала для фронта несколько санитарных отрядов. Эта деятельность академии получила лестную оценку со стороны Реввоенсовета республики, который в 1923 г. в приказе № 2769 так характеризовал работу академии: «Ряд высококвалифицированных работников ВМА личной работой в армиях граж-

данских фронтов значительно содействовал улучшению лечебной и эвакуационной деятельности полевых санитарных учреждений». Деятельность академии в этом отношении не раз была отмечена благодарностью правительства.

Так, в 1923 г. Наркомздрав вынес благодарность академии за ее помощь в медико-санитарном обеспечении войск во время гражданской войны, а через некоторое время после этого академия получила почетную грамоту ЦИК.

Ведя энергичную борьбу с эпидемиями, помогая в медицинском обеспечении фронтов гражданской войны, академия ни на минуту не прекращала учебных занятий.

В 1918 г. академия впервые произвела прием учащихся, не требуя от них аттестатов об окончании среднего учебного заведения. Поступить могли все желающие. Благодаря этому в академию влилось большое количество рабочих и крестьян, горящих желанием приобщиться к науке и упорно работать над преодолением трудностей. Вместе с ростом рабочей прослойки среди слушателей появились первые коммунисты и в конце 1918 г. создается партийный коллектив в составе 5 человек. С первых же шагов своей деятельности партийный коллектив, в соответствии с лозунгом, данным Наркомпросом, начинает борьбу за реформу учебного процесса. В этой борьбе партийный коллектив опирался на слушателей нового приема. Слушатели же старших курсов отрицательно относились к учебной реформе. После наборов 1920 и 1921 гг., которые увеличили партийную прослойку в совете старост, являвшемся тогда представителем студенчества, коммунисты стали влиять на него. Это позволило более решительно проводить учебную реформу. Комиссия академии, с участием слушателей, разработала следующие основные тезисы к реформе преподавания: 1) задача академии—подготовка научно-материалистически мыслящего врача, который должен являться практическим работником для обслуживания трудящихся и активным борцом за укрепление боеспособности Красной Армии; 2) преподавание должно быть реорганизовано так, чтобы давать будущему врачу умение учитывать социально-экономические условия возникновения болезней; 3) основная система преподавания должна быть семинарской, при активной проработке материала со студентами. В итоге в 1923 г. курсовая система преподавания была заменена предметной. В ближайшие годы введены новые дисциплины — социально-экономические, общая биология, клиника и терапия БОВ, социальная гигиена, микробиология и др., а в преподавании главное внимание было уделено практическим занятиям. Хотя эта система снижала значение теории и уменьшала удельный вес лекций, она была необходима ввиду недостатка общей подготовки у нового состава слушателей.

Положительный результат учебной реформы заключался в том, что она содействовала сближению между слушателями и профессорско-преподавательским составом.

Когда в феврале 1918 г. была организована Красная Армия, академия влилась в ее состав. Но уже в октябре того же года академия перешла в ведение Наркомздрава. Это было отражением советского взгляда на медицину, как на единое целое, но создавало опасность превращения академии в гражданское учебное заведение. Такая опасность значительно увеличилась в 1919 г., когда было выдвинуто предложение передать академию из ведения Наркомздрава в ведение Наркомпроса. Но конференция академии стойко отстаивала ее военный профиль. Ее в этом отношении поддерживал начальник ГВСУ З. П. Соловьев, который и в дальнейшем значительно влиял на развитие академии. По его указанию в 1923 г. в академии было введено преподавание военно-санитарной администрации и военно-санитарной тактики. Однако, находясь в системе Наркомздрава, академия все же от-

рывалась от армии. Поэтому еще в 1924 г. партийный коллектив сигнализировал об этой опасности. Начальник ГВСУ З. П. Соловьев указывал на необходимость для военного врача широкого военно-медицинского и одновременно военного образования. В результате упорной борьбы за военный профиль академии в 1925 г. было разработано новое положение об академии, в котором она четко характеризуется как военно-медицинский вуз, введена военная дисциплина, комплектование кадров учащихся, преимущественно из военнослужащих, лагерные сборы и производственная практика слушателей в госпиталях и в строевых частях. С этого времени начинает крепнуть связь академии с Красной Армией.

III

С первых дней советской власти правительство, несмотря на большие материальные трудности, которые переживала страна, уделяло большое внимание академии и росту ее материальной базы. Особенно это проявилось по окончании гражданской войны — в годы мирного строительства. В 1935 г. товарищ Ворошилов принял делегацию академии, которая изложила ее нужды. Правительство ассигновало крупные средства на капитальное строительство академии и на оборудование кафедр. Это позволило увеличить материальную базу академии, переоборудовать кафедры, клиники и лаборатории, улучшить условия жизни студентов.

Новый этап социалистического строительства в стране предъявлял новые запросы и к академии. Явилась потребность готовить не просто военного врача, но активного участника великой стройки. Большие маневры 1929 г. выявили много серьезных недочетов в организации военно-санитарной службы. Между тем международная обстановка требовала усиления обороноспособности Красной Армии. В том же году академия была передана в ведение Наркомата военных и морских дел. Комиссия Реввоенсовета, обследовавшая академию, отметила слабую постановку преподавания военных дисциплин, недооценку дисциплин профилактического цикла. «Цикл военных предметов, — говорится в решении Реввоенсовета, — который должен быть ведущим в академии, является еще отсталым... ВМА еще не является военно-учебным заведением. Крайне отстали кафедры ВМА в вопросах работы в условиях будущей войны». Начинается новая реформа преподавания в академии: предметная система заменяется курсовой, вводится пятилетний срок обучения. Конференция академии реорганизуется в Ученый Совет, кафедра военно-санитарной тактики и военно-санитарной администрации сливаются в одну, отменяется активно-лабораторный метод преподавания, усиливается внимание к марксистско-ленинской подготовке военных врачей, реорганизуются курсы усовершенствования при ВМА (КУМС), им ставится задача готовить врачей-специалистов военного дела.

В итоге этой реформы, проведенной в 1931 г., резко улучшается подготовка войскового врача. В приказе ГВСУ от 24 апреля 1932 г. уже отмечается, что имеются сдвиги в перестройке академии, что ею проделана большая организационная и воспитательная работа.

Число выпускаемых академией хорошо подготовленных врачей непрерывно росло. За 16 лет советской власти (1917—1933 гг.) оно в $4^1/_2$ раза превысило число врачей, выпущенных академией за такой же срок до революции. В числе новых врачей преобладали рабочие и крестьяне, многие из них имели опыт военной и гражданской советской работы.

Постепенно Военно-медицинская академия превращается в центр разработки теоретических вопросов военной медицины. Непрерывно

растет ее научная продукция, причем оборонным темам уже в 1938 г. было посвящено 55% всех научных работ.

Научная работа академии в первые годы после революции методологически в известной части еще находилась под влиянием старой идеологии. Постепенное освоение советскими учеными методологии диалектического материализма стало оказывать свое благотворное влияние и на научное творчество академии. Этому способствовало введение для преподавателей обязательной командирской учебы, одним из важнейших звеньев которой было изучение теории марксизма-ленинизма. Большую роль в этом отношении сыграла партийная организация, неизменно стоявшая на позициях генеральной линии партии. Среди профессоров и преподавателей появилось стремление к вступлению в партию. Показателем идеологических сдвигов в мировоззрении научных работников академии явилась статья проф. Федорова «Хирургия на распутьи», появившаяся в 1929 г. и прозвучавшая в русской медицинской прессе как «сигнал бедствия».

В статье указывалось, что старая методология не может вывести медицину из того тупика, в который ее завела ограниченность буржуазной науки. Выступление проф. Федорова положило начало исканию новых путей. В этом отношении большую роль сыграла школа акад. Павлова. Ее значение заключалось в том, что она перешла от изучения органов к изучению всего организма, от статической к динамической интерпретации патологических процессов. Проф. Орбели, исходя из учения Павлова об условных рефлексах и применяя эволюционный принцип и данные ортогенеза к физиологии нервной системы, создает концепцию об эволюции нервно-мышечного прибора. Проф. Тонков, применяя генетический метод к анатомии и пользуясь физиологическим экспериментом, создает эволюционную анатомию. Проф. Шевкуненко связывает вопросы анатомии с изучением типовой конституции. Проф. Заварзин создает эволюционную гистологию. Таким образом, произошли серьезные идеологические сдвиги в медицине.

Включившись в социалистическую стройку, академия организовала ряд научных экспедиций. Несколько экспедиций было отправлено под руководством акад. Павловского в Крым, Среднюю Азию, Кавказ, Забайкалье. Эти экспедиции имели целью изучение краевой эпидемиологии и паразитологии, во время их изучались переносчики и возбудители разных инфекций и вырабатывались меры борьбы с ними. Экспедиции под руководством проф. Владимирова изучали обмен веществ в организме человека, находившемся в высокогорных условиях (Эльбрус).

Академия систематически выпускала свой научный журнал и сборники трудов. Так, в разное время были выпущены сборники по кишечным инфекциям, по анаэробному поражению ран, гипоксемии, военно-санитарным вопросам и др.

Академия сыграла большую роль в строительстве медицинской службы Красной Армии. В 1917 г. появляется статья проф. Оппеля «Организационные вопросы передового хирургического пояса действующей армии», положившая началу новому направлению в лечебно-эвакуационном обеспечении боевых действий войск и в организации хирургической деятельности в действующей армии. Высказываясь против системы эвакуации во что бы то ни стало, Оппель в своем труде первым предложил систему этапного лечения, подробно изложенную впоследствии в посмертно изданной большой работе «Очерки хирургии войны». Хотя Оппель в изложении этапного учения допустил ряд ошибок, недоучитывая факторы боевой обстановки, однако предложенная им система явилась исключительно прогрессивной для того времени.

Большую помощь медицинской службе Красной Армии оказала созданная в академии кафедра военных и военно-санитарных дисциплин. Под руководством авторитетнейшего специалиста военно-медицинского

дела проф. Леонардова кафедра активно участвовала в разработке устава военно-медицинской службы, ряда инструкций и нормативных положений по различным организационных вопросам военной медицины, детально разработала методику санитарной подготовки, выпустила учебники по ней, влияла на постановку этой подготовки в гражданских медицинских институтах страны. Кафедра систематически участвовала в маневрах и учениях, подготовила значительное количество работников, повысив их специальную квалификацию. Особенно большую работу академия, находившаяся в непосредственной близости к фронту, выполнила во время войны с белофиннами.

IV

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова неизменно высоко держала знамя отечественной науки. В стенах академии зарождались новые направления медицинской мысли, создавались новые научные школы. Здесь работали С. П. Боткин — создатель русской клинической школы и его ученик — величайший из физиологов мира — И. П. Павлов. Школа акад. Павлова является в настоящее время ведущей не только в советской, но и в мировой физиологии. Много дали русской науке выдающийся химик академии — проф. Лебедев, проф. Кравков, проф. Федоров, проф. Оппель, проф. Турнер, проф. Заварзин, проф. В. П. Осипов и другие. Сейчас выдающиеся ученые академики, в числе которых Орбели, Тонков, Шевкуненко, Павловский, Хлопин и десятки других, продолжают дело своих учителей — двигают вперед советскую науку.

Размеры журнальной статьи не позволяют хотя бы кратко охарактеризовать их научную деятельность. Ограничимся коротким замечанием: крупные научные работники ее, являясь одновременно квалифицированными педагогами, укрепили и еще более повысили авторитет академии как одного из лучших в стране медицинских учебных заведений.

V

Мирная учебная и научная деятельность академии была прервана вероломным нападением фашистской Германии на Советский Союз. Академия приняла самое активное участие в Великой отечественной войне. В первые же дни она направила на фронт весь состав своих адъюнктов и врачей, проходивших курсы усовершенствования (КУМС). В ближайшие месяцы она произвела два ускоренных выпуска молодых врачей, оказала существенную помощь Ленинградскому фронту в военно-медицинской переподготовке врачей полевых формирований. В течение войны академия откомандировала на фронт около 100 своих профессоров и преподавателей, многие из которых занимали в армии руководящие посты. Проф. Гирголав и проф. Шамов работали в качестве заместителей главного хирурга Красной Армии. Проф. Егоров был заместителем главного терапевта Красной Армии. Профессора Глазунов, Неменов, Павлов, Энтин и преподаватель Тимофеев работали главными специалистами ГВМУ Красной Армии, профессора Ахутин, Еланский, Попов — главными хирургами фронтов. Многие профессора и преподаватели занимали должности фронтовых и армейских терапевтов, эпидемиологов, гигиенистов, начальников медицинской службы фронтов и армий и руководили крупными учреждениями военно-медицинской службы.

Клиники академии, удвоив свой коечный фонд, целиком переключились на обслуживание тяжело раненых солдат и офицеров Ленинградского фронта. Работники академии состояли консультантами санитарного управления фронта, энергично помогали его многочисленным

лечебным учреждениям в Ленинграде, содействовали постановке в них квалифицированной помощи бойцам.

Деятельность академии в блокированном Ленинграде протекала в исключительно тяжелых условиях. Бесконечные воздушные налеты и артиллерийские обстрелы города, многочисленные повреждения, нанесенные академии, голод и холод, отсутствие света и воды и. т. п. — все это резко нарушало жизнь академии. Но она все же ни на минуту не прекращала своей учебной, научной и лечебной работы. Она организовала ускоренную подготовку врачей военного времени, оперативно пересмотрев свои учебные программы и подчинив их интересам фронта.

Советское правительство, неизменно заботившееся об академии, приняло решение для создания более нормальных условий работы временно эвакуировать ее в Самарканд. Здесь в распоряжении академии был предоставлен местный медицинский институт, эвакогоспитали и городские больницы. К сожалению, всего этого оказалось недостаточно, чтобы обеспечить научную, лечебную и учебную работу академии. Ограниченные материальные возможности небольшого города, перегруженного эвакуированными в него учебными и лечебными учреждениями, создали весьма тяжелые материально-бытовые условия для всего личного состава академии. Отдаленность от фронта не давала академии возможности непосредственно помогать ему. Свое участие в войне академия, помимо подготовки кадров и продолжения научной работы (приспособленной к ограниченным возможностям Самарканда), могла выявить в помощи Среднеазиатскому военному округу, игравшему важную роль в комплектовании Красной Армии, в помощи многочисленным эвакогоспиталям Самарканда и в содействии гражданскому здравоохранению Узбекской ССР (последняя выполняла задачи большого народнохозяйственного значения). В этих именно направлениях развивалась деятельность академии.

В ходе войны академия подверглась реформе, открывшей новую эру в ее истории. В проведении этой реформы принял личное участие товарищ Сталин. Из учреждения, готовившего младших врачей войсковых частей, академия превратилась в учреждение для подготовки руководящих медицинских кадров и в научный центр военно-медицинской службы Красной Армии.

После прорыва блокады Ленинграда советское правительство в феврале 1944 г. решило возвратить академию в Ленинград. Товарищ Сталин приказал лично ему доложить перспективный план дальнейшей реконструкции академии. Такая забота вождя советского народа об академии вдохновляла ее сотрудников на дальнейшие производственные подвиги. Вернувшись на свою постоянную базу, академия энергично принялась за восстановление.

Немецкие фашисты нанесли академии тяжелые раны. Некоторые здания академии были разрушены, другие сильно повреждены, на территории академии не оставалось ни одной постройки, не потерпевшей ущерба во время блокады Ленинграда. Восстановление разрушенных и поврежденных зданий в условиях того времени было делом огромной трудности. За это дело взялся весь коллектив академии. Одновременно была возобновлена и учебная, научная и лечебная деятельность.

Несмотря на серьезные трудности, академия и во время войны не прекращала научной работы. В Самарканде было организовано десять научных медицинских обществ, работавших под руководством и при самом активном участии сотрудников академии. Прикрепленные к эвакогоспиталям профессора академии организовали в них научную работу, результаты которой обсуждались на двух научных конференциях. Академия провела конференцию по лечению огнестрельных ран и конференцию психиатров по вопросам военной психопатологии. Под руко-

водством академии и при участии ее сотрудников были изданы три сборника трудов медицинских работников САВО и эвакогоспиталей. Продолжалась и экспедиционная деятельность академии: в 1943 г. была проведена экспедиция в Катта-Курган для изучения влияния жаркого климата на организм бойца и экспедиция на Байкал. После возвращения в Ленинград проведены научные конференции по итогам научной деятельности академии в Самарканде, по вопросам гигиены военной одежды и по вопросам эволюционного учения в применении его к медицине. Сотрудники академии продолжали свою работу в журналах и в составлении учебников.

К 30-летию советской власти академия приходит с большими достижениями: Сейчас академия имеет 50 кафедр (до революции была 31). Из этих кафедр 18 впервые созданы при советской власти. Среди профессорско-преподавательского состава академии три члена и один член-корреспондент Академии наук СССР, 12 членов и 3 члена-корреспондента Академии медицинских наук, 8 лауреатов Сталинской премии, 15 заслуженных деятелей науки.

Слушательский состав академии почти удвоен против дореволюционного времени. В числе слушателей имеются и молодежь, окончившая среднюю школу, и квалифицированные военные врачи со значительным стажем службы в Красной Армии.

Из стен академии за эти 30 лет вышло около 7 000 научных работ. Академия, как и все научные учреждения, ввела планирование научной работы, что оказалось исключительно плодотворным. Крепнет и ширится связь Военно-медицинской академии с Советской Армией. Несмотря на большие потери, понесенные во время войны, академия богато оснащена и продолжает пополняться учебным и научным оборудованием. В академии кипит общественно-политическая жизнь.

VI

Оглядываясь на пройденный путь, мы имеем все основания заявить, что академия оправдала доверие советского народа, партии и правительства. Будучи до революции оторванным от жизни русского народа учреждением, академия после революции пережила свое второе рождение. Правда, советская академия получила от прошлого славные научные традиции, но в дореволюционное время далеко не все ее научные достижения использовались на благо народа. Академия советского периода с первых же дней существования советского государства неразрывно связала свою судьбу с судьбой народа.

С каждым годом увеличивалось число слушателей академии из среды рабочих и крестьян. Перед трудящимися открывались когда-то наглухо запертые ворота святилища науки. В советской академии все трудятся на благо науки и родины. Здесь не одиночки двигают вперед медицину, а коллектив. Коллективное творчество создает предпосылки для развития советской медицинской науки. Продолжая славные традиции русской медицины, научные работники академии вносят в свои труды высокую принципиальность и бескорыстное служение родине. Связывая медицинское творчество с методологией материалистической диалектики, работники академии внесли большой вклад в дело развития научной советской медицины.

В годы борьбы за выполнение сталинских пятилеток академия перешла к диференцированному обслуживанию Советской Армии. Она готовит уже не просто военного врача, а военных врачей различных профилей. От обслуживания армии без учета рода войск перешла к подготовке врачей различных специальностей. В результате этого советская военная медицина не оказалась застигнутой врасплох войной.

За тридцать лет советской власти Военно-медицинская академия,

оставаясь одним из центров научной медицинской мысли в СССР, приблизилась настолько к советской армии, что стала действительно «военной» академией.

Научная деятельность академии за годы советской власти проводилась под лозунгом повышения обороноспособности страны. Учебная деятельность была направлена на воспитание высококвалифицированных специалистов — военных врачей.

За время Великой отечественной войны Военно-медицинская академия доказала, что годы ее работы при советской власти не прошли даром. Все лучшие силы академии, ее профессора и преподаватели, с первого дня войны ушли на фронт и возглавили руководящие посты медицинской службы Красной Армии.

Трудами профессорско-преподавательского состава академии была создана единая военно-полевая медицинская доктрина, которой не было ни в одной из западных стран и не было у наших врагов и благодаря которой медицинская служба Красной Армии добилась возвращения в строй свыше 70% раненых и больных.

Товарищ Сталин в своей речи на предвыборном собрании избирателей Сталинского избирательного округа Москвы 9 февраля 1946 г. говорил: «Я не сомневаюсь, что если окажем должную помощь нашим ученым, они сумеют не только догнать, но и превзойти в ближайшее время достижения науки за пределами нашей страны».

Коллектив Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова приложит все силы к тому, чтобы успешно решить эту задачу на благо своей социалистической родины.

★

Подполковник мед. службы В. Б. ФАРБЕР

С. П. БОТКИН — ОСНОВОПОЛОЖНИК И ОРГАНИЗАТОР ШКОЛЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НАУЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

С. П. Боткин по праву является основоположником школы русской научной клинической терапии, так как только ему удалось сломить консерватизм большинства профессоров-клиницистов его времени в вопросах клинической методики исследования, внедрения в практику клиники достижений теоретической медицины и физико-химических наук.

Для того чтобы оценить необходимость создания такой школы и понять до конца историческую роль ее создателя, достаточно вспомнить уровень медицинского преподавания в Московском университете в первой половине 1850-х годов, тем более, что медицинский факультет этого университета, организованный в 1764 г., являлся самым старым научно-педагогическим медицинским учреждением России. С. П. Боткин в речи, произнесенной 1 ноября 1881 г. в Обществе русских врачей по случаю юбилея Р. Вирхова, сделал следующее заключение о состоянии тогдашней так называемой медицинской школы.

«Учившись в Московском университете с 1850 по 1855 г., я был свидетелем тогдашнего направления целой медицинской школы... Нет сомнения, что при таком направлении оканчивающих курс трудно было ждать будущих исследователей. Будущность наша уничтожалась нашей школой, которая, преподавая нам знание в форме катехизисных истин, не возбуждала в нас той пытливости, которая обусловливает дальнейшее развитие». Н. А. Белоголовый, занимавшийся вместе с С. П. Боткиным в Московском университете, в своих «Воспоминаниях» дает аналогичное заключение о своей alma mater.

«Тяжелое время застоя, неприязнь правительства к рассадникам

высшего образования и насильственное разобщение их со всемирной наукой — все эти условия, какими отличалась описываемая эпоха, не могли благоприятствовать надлежащему у нас росту и процветанию науки и порождали и в Московском университете много темных и печальных сторон, которые выражались несоответствием большинства профессоров своему высокому назначению...».

Учитель С. П. Боткина и И. Сеченова по терапии профессор Московского университета Н. С. Топоров публично называл аускультацию и перкуссию «шарлатанскими методами». Он питал неприязнь к термометрии и микроскопии.

Проф. Овер своими знаниями со студентами не делился, если не считать тех 5—6 лекций с разбором больных, которые он читал «на своем изящном латинском языке в течение 8-месячного семестра».

Проф. Полунин упорно продолжал отстаивать гуморальную теорию Рокитанского «о кризах» даже тогда, когда сам автор отказался от нее, убежденный доводами Вирхова.

Но было бы неправильно утверждать, что под эти характеристики подходили все профессора данного периода. Напротив, и в это «невыгодное для процветания знаний время» Московский университет все же пользовался репутацией лучшего университета в России. Медицинский факультет мог гордиться именами Ф. И. Иноземцева, И. Т. Глебова, которые не уступали первоклассным профессорам других факультетов (Грановскому, Бодянскому, Кудрявцеву, Соловьеву, Леонтьеву).

Федор Иванович Иноземцев (1802—1869) безусловно оказал самое положительное влияние на мировоззрение С. П. Боткина и формирование его школы. Иноземцев был инициатором использования для преподавания городских больниц, ввел в клинику эксперимент и микроскопию, которыми с увлечением занимался до самых последних дней. Он был мастером терапии и по существу не менее талантливым терапевтом, чем хирургом. При исследовании каждого больного неизменно пользовался перкуссией и аускультацией. Сейчас, к сожалению, редко вспоминают, что Иноземцев культивировал в России принцип строгой индивидуализации в лечении, первый ввел в практику ландышевую настойку и молочную терапию. Он стремился утвердить в медицине рациональное анатомо-физиологическое направление, предостерегая от слепого перенесения результатов эксперимента в клинику. Эти передовые по тому времени мысли явились одним из источников медицинского и научного воззрения С. П. Боткина. Правда, Иноземцев не был последовательным, так как, критикуя гуморальное направление в медицине как исключающее все остальное, он преувеличивал значение симпатической ганглиозной системы и впал в крайность, которая придала его учению догматический характер. Это последнее обстоятельство и мешало Иноземцеву создать свою школу, несмотря на его большой авторитет.

Боткин взял от Иноземцева его метод тонкой индивидуализации в терапии, объективной диагностики, сочетание эксперимента и клинического наблюдения, понимание болезни как материального процесса, понимание искусства врача прежде всего как знания. Боткин, уже будучи признанным руководителем русской клинической медицины, любил повторять в виде афоризма слова Иноземцева: «искусство врача есть знание, венчающее нашу науку в приложении». Однако в своей речи, произнесенной в Обществе русских врачей 1 ноября 1881 г., С. П. Боткин первый дал и критическую оценку всему наследству Ф. И. Иноземцева, показав, почему Иноземцев не мог стать одним из основоположников научной отечественной медицины и занял в ее истории лишь место талантливого наблюдателя и высокообразованного клинициста.

Имела ли какое-либо значение для успешного развития идей Боткина и его школы деятельность К. К. Зейдлица? Имела лишь постольку,

поскольку Зейдлиц подготовил благоприятную почву прежде всего в стенах Медико-хирургической академии для восприятия передовых идей в области клинической медицины. Зейдлиц, будучи одним из передовых и выдающихся педагогов своего времени, первый указал «раздельную черту между старым эмпиризмом, отживающим свой век, и фактическим рационализмом, зарождающимся из научной точности физиологического опыта».

Было бы не объективно принижать роль Зейдлица в развитии клинической медицины в России, но, не имея своей школы, не стараясь ее создать и рано уйдя из академии в отставку (1836—1846), он не имел ни непосредственного влияния на С. П. Боткина, ни решающего значения в создании его школы.

Сороковые годы прошлого столетия были отмечены рядом успехов в области естествознания и науки в целом. Это были годы поистине расцвета науки. Уже начиная с 1844 г., появляются такие крупные работы, как «Положение рабочего класса в Англии» Ф. Энгельса, «Химические письма» Либиха. В 1847 г. выходит в свет «Коммунистический манифест» К. Маркса и Ф. Энгельса. В 1859 г. в предисловии «К критике политической экономии» Маркс обосновывает свою теорию исторического материализма. К 1857 г. уже Вирхов окончательно слагает основы своей целлюлярной патологии. В 1859 г. выходит капитальное исследование Дарвина «О происхождении видов».

Клод Бернар начал преподавание физиологии в 1847 г. Он создал новое физиолого-экспериментальное направление, получившее право гражданства в науке. «Экспериментальная медицина не должна отрываться от клинического наблюдения, но должна возвращаться к нему лучше вооруженной» — такова основная научная концепция К. Бернара.

Вирхов обратил все свое внимание на изучение патологических процессов живого вещества. Основой этого живого вещества на место положения Гарвея «omne vivum ex vivo» он ставит «omnis cellula ex cellula». В вопросах понимания сущности жизни Вирхов был материалистом. Он установил закон преемственной наследственной связи клеток и непрерывного последовательного развития ткани; изучая развитие, он описывает «скачкообразный ход» изменений, хотя и не называет его так; дает богатый фактический материал своим учением о «гетерологии» и метаплазии. В явлениях жизни он становится на точку зрения каузальности, заявляя, что «закон причинности имеет силу и для органической природы». Однако Вирхов не был последовательным материалистом; эта непоследовательность особенно сказалась в его трактовке единства животного организма как «федерации клеточного государства». Именно эта ответственная часть учения Вирхова была подвергнута серьезной критике со стороны Энгельса, так как носила типичные черты виталистически телеологического мышления.

С. П. Боткин не только впитал в себя все эти новые идеи научной медицины XIX века, но и критически их ассимилировал и в свете своего гения и яркой индивидуальности перенес в Россию для создания самой передовой медицинской школы.

В своей лекции студентам Военно-медицинской академии (тогда — Медико-хирургической академии) в 1862 г. Боткин с предельной ясностью выразил credo своей системы, своего научно-педагогического направления. Эта лекция явилась программой боткинской школы и всех ее последователей.

«Чтобы избавить больного от случайностей, — говорил С. П. Боткин, — а себя от лишних угрызений совести и принести истинную пользу человечеству, неизбежный для этого путь есть путь научный, а потому в клинике вы должны научиться рациональной практической медицине, которая изучает больного человека и отыскивает средства к излечению или облегчению его страданий, а потому занимает одно

из самых почетных мест в ряду естествознания. А если практическая медицина должна быть поставлена в ряд естественных наук, то понятно, что приемы, употребляемые в практике для исследования, наблюдения и лечения больного, должны быть приемами естествоиспытателя».

Такова доктрина боткинской школы. Величайшая и первая заслуга ее заключается в том, что С. П. Боткин, по меткому выражению М. П. Кончаловского, «сбросил с медицины мантию грубого и слепого эмпиризма и поставил ее в разряд естественных наук», т. е. тем самым впервые в России создал научную клиническую медицину.

Боткин решал все клинические вопросы «приемами естествоиспытателя», пользуясь для этой цели физиологическим методом как наиболее точным и объективным критерием правильности своих предложений у постели больного.

С. П. Боткин первый в России построил при клинике образцовые в научном отношении лаборатории (общеклиническую—для студентов и физиологическую, химическую, а в 1884 г. — бактериологическую — для исследовательских целей). Из физиологической лаборатории, заведывать которой Боткин назначил с 1878 г. своего ученика И. П. Павлова, вышли все выдающиеся работы боткинской школы. Клиника оплодотворяла лабораторию; последняя проверяла и научно совершенствовала клинику. В этом отношении характерны признания самого И. П. Павлова.

«Клиника Боткина была теснейше органически связана с лабораторией. Глубокий ум его, не обольщаясь ближайшим успехом, искал ключа к великой загадке: что такое больной человек и как помочь ему — в лаборатории, в животном эксперименте». Важно отметить, что и самого И. П. Павлова клиника и ее направление так заинтересовали, что он у Боткина оставался 9 лет, вплоть до 1887 г. Неслучайно, что И. П. Павлов до последних дней своей жизни не порывал самой тесной связи с клиникой. И это понятно, так как в клинике встречаются, по выражению И. П. Павлова, «такие сочетания явлений, которые даже не пришли бы в голову современным физиологам и которые никогда не могли быть воспроизведены техническими средствами современной физиологии. Потому-то физиологу естественно желать тесного контакта с клиникой». Боткин первый в нашем отечестве заложил тот прочный фундамент, на котором по сей день зиждется и развивается союз теоретической и клинической медицины. Этот союз был духовной сущностью Боткина, «его вечно работающий мозг, — по выражению Н. Я. Чистовича, — искал постоянно ответов на рождающиеся в нем вопросы в клинике и лаборатории, которые для него слились в одно».

Именно поэтому Боткину и его школе удалось завершить морфологический период медицины и положить начало современному физиологическому, функциональному направлению в русской медицине. Это был новый принцип — принцип установления функциональной диагностики.

Такова вторая особенность и величайшая заслуга боткинской школы. Сам Боткин и его школа развивались и совершенствовались на опыте лучших достижений русской и западноевропейской науки. Формируя свое научное мировоззрение, его школа не отгораживалась от истории медицины, от ее корифеев. Прежде чем приступить к пропаганде своих идей и излагать свое собственное учение о внутренних болезнях, С. П. Боткин в совершенстве изучил все научные направления западно-европейской медицины «из уст и рук» их создателей.

Он работал у Вирхова, К. Бернара, Траубе, Людвига, Гоппе, Зейлера, Шерера, Шенлейна, Шкода, Сканцони, Труссо, Фрерихса, Бамбергера, Береншпрунга, Ромберга, Гебры, Бартёза, Кодемана, Арана, Бушо и др. Боткин с напряженным вниманием следил за каждым открытием мировой науки. Он был сторонником Дарвина, знал и правильно понимал его учение о происхождении видов, знал и исследования Гельмгольца, и работы Пастера, и открытия Коха.

«Физиологические письма» Писарева о необходимости строго научного подхода к жизненным явлениям нашли самый живой и горячий отклик в работе Сергея Петровича. Во всем и всегда он был и оставался натуралистом.

Боткин первый без колебаний признал решенным вопрос о бактериальном происхождении многих болезней. В этом отношении крайне интересен рассказ друга Сергея Петровича И. И. Мечникова:

«В Россию новое учение перешло из Европы, где довольно долгое время колебались признать решенным вопрос о бактериальном происхождении многих болезней. Я живо помню в 60-х годах беседы на субботних вечерах у Боткина... Боткин относился сочувственно к новому течению научной медицины».

Внимательно изучая биологические закономерности инфицированного человека, Боткин первый, руководствуясь знанием клиники, высказал гипотезу о возникновении иммунитета.

Стремление к научному совершенствованию, к контакту с передовой мировой наукой, стремление к объективному изучению не болезни, а больного человека — такова третья особенность боткинской школы.

Правда, в своей научной и практической деятельности С. П. Боткин не сумел освоить теорию познания диалектического материализма. Он не был знаком с произведениями К. Маркса и Ф. Энгельса. Не сумел он понять и оценить философские работы передового русского мыслителя Н. Г. Чернышевского.

Именно поэтому Боткин был не лишен противоречий как ученый мыслитель.

Безусловно ошибочна установка С. П. Боткина, когда он старается подвести жизнь человеческого организма под «точные математические уравнения».

В понимании болезни он, к сожалению, как и все механисты, пользуется «теорией равновесия».

Здоровье он определяет как «проявление жизни в состоянии равновесия ее отправления», а болезнь как «состояние организма с нарушением равновесия жизни». Болезнь организма проходит лишь после ликвидации нарушенного равновесия, причины же, нарушающие состояние равновесия, по мнению Боткина, находятся во внешней среде. «Понятие о болезни, — указывает он, — неразрывно связывается с ее причиной, которая исключительно и всегда обусловливается внешней средой».

Боткин не мог понять и другого, очень важного положения, что прогресс медицины как науки обусловливается не только успехами естествознания, но также и развитием общественных отношений.

Пропаганда в России марксистской теории в его время только зарождалась. Первая работа Г. В. Плеханова «Социализм и политическая борьба» была написана лишь в 1883 г. за границей и распространялась в России «группой Освобождения труда» нелегально и в крайне ограниченном количестве. А такие произведения Плеханова, как «К вопросу о развитии монистического взгляда на историю» (1895), «О материалистическом понимании истории» (1897), вышли в свет уже после смерти Боткина.

Будучи по натуре великим искателем истины, Сергей Петрович сам чувствовал замкнутость своего философского круга. И надо отдать справедливость, что он, горя огнем объективизма, умел, стихийно приближаясь к научному материализму, критиковать уравнительные принципы механистов.

В этом отношении Боткин был выше своих западных учителей Виркова, Траубе, К. Бернара, Шкода и многих других. Этого, между прочим, не понял проф. А. Г. Гукасян, критиковавший Боткина как последовательного механиста.

На самом деле Боткин, оставаясь сыном своего века, сумел взять и взял от своих западных учителей лишь «рациональное зерно» их учения. Боткин учился у них, но он одновременно, лучше и больше всех, видел и слабые стороны их системы и метода. Не будучи никогда догматистом, он не только видел эти слабые стороны, но и старался их преодолеть, оставаясь всегда на вершине науки самим собой, сохраняя всегда свою оригинальность. Так, например, высказывания Боткина о природе некоторых форм желтух шли вразрез с взглядами Вирхова, которые на Западе были общеприняты. История подтвердила правоту Боткина, а не Вирхова.

Боткин, отдавая должную дань К. Бернару за экспериментальную физиологию, смело критиковал его за курс патологической физиологии, про который говорил, что «последний, конечно, не без больших недостатков, ибо Бернар далеко не патолог!».

Кому не известна критика Боткиным Труссо, которого в Европе считали непревзойденным. В лице Труссо С. П. Боткин критиковал западно-европейскую медицину и ее ведущую школу за то, что она была еще «чисто эмпирической», «госпитальной» и проявляла еще большой консерватизм ко всякому новаторству.

В самый расцвет славы Труссо С. П. Боткин писал: «Удовлетворившись госпитальной диагностикой (не клинической) больного, он назначает совершенно эмпирически лечение... Вообще Труссо больше оратор, чем профессор, и еще менее ученый».

Серьезной критике подверг Боткин и школы венских клиницистов, руководители которых были лишь «хорошими практическими врачами». Характеристики, данные Боткиным по поводу «венского центра», за исключением физиолога Людвига, безусловно, справедливы. Сейчас всякий объективный историк подтвердит слова Сергея Петровича. Достаточно сказать, что даже Иозеф Шкода (1805—1881), руководитель терапевтической клиники Венского университета, автор трактата по аускультации и перкуссии, впал в самый крайний терапевтический нигилизм. Его слова о том, что «мы можем распознать, описать и понять болезнь, но мы не должны даже мечтать (!) о возможности повлиять на нее какими-либо средствами», препятствовали прогрессу клинической медицины.

Все это говорит о том, что Боткин не был только последовательным подражателем корифеев западноевропейской медицины. Нет! Он был впереди своей эпохи, умел всегда использовать все лучшее, что она могла дать. Он был выше своих западных учителей, так как сумел преодолеть их консерватизм, догматичность и создать в России подлинно научную, новую, клиническую, а не «госпитальную» медицину. В этом заключается четвертая особенность и величайшая заслуга боткинской школы.

Историческое значение С. П. Боткина, его подход к разрешению клинических задач становятся еще значительнее, если сравнить его идеи с направлением Г. А. Захарьина, современника Боткина — духовного властителя медицинского факультета Московского университета. После пристрастной, лишенной объективизма работы Н. Ф. Голубова, не выдержавшей суда истории, все дальнейшее развитие внутренней медицины в России стали рассматривать с позиций двух школ: «боткинской» и «захарьинской». Это неправильно: русская научно-клиническая школа одна, она берет свое начало от С. П. Боткина, так как все остальные направления не получили общего признания. Основная линия развития клинической медицины вплоть до наших дней пошла по боткинским указаниям. Рассматривая этот вопрос в специальной работе, О. В. Кондратович правильно пишет: «Если проследить идеологию проф. Захарьина, можно убедиться, что эти два направления действительно можно считать двумя школами, но разделенными целой

исторической эпохой». Захарьин отрицательно относился к лабораторным и инструментальным исследованиям в клинике, которые «напоминают ему печальной памяти повальное титрование, мелочное исследование мочи, ничего не давшее для практики» [1].

Захарьин говорил так, несмотря на завоевания современной ему науки! Лечение он излагал в сугубо догматической форме, ссылаясь лишь на личный опыт. Даже в своем программном докладе в заседании Московского научного физико-медицинского общества («Каломель при гипертрофическом циррозе и вообще в терапии») Захарьин сказал: «Я не имею ни малейшего намерения пускаться в праздное гипотезирование» [2].

Голубов, eo ipso Захарьин, критикуя научное направление школы Боткина, писал: «Нельзя признать целесообразной ту особенность многих работ, вышедших из лаборатории академической клиники (Боткина), что они часто были предприняты с целью доказать ту или другую гипотезу». Это гипотезирование, по мнению Голубова, роняет престиж «гиппократической» клиники. Но он сам вынужден был признать, «что теория и гипотеза составляют принадлежность почти исключительно петербургской школы». В этом, кстати, и заключается достоинство гиппократической клиники. Именно Гиппократ, как известно, призывал врачей к передовой науке, говоря, что «врач, овладевший философией, — подобен богам». Гиппократ, тщательно наблюдая явления у постели больного, пользовался гипотезами, одновременно проверяя их и путем доступного ему эксперимента. За это его и ценил Платон, а позже Аристотель, называя «величайшим из всех когда-либо существовавших врачей».

Следует вспомнить известную фразу Генле о значении гипотезы в научном процессе. При воспоминании о ней еще более возвеличивается фигура Боткина как создателя новой научно-медицинской школы. «Медицина, — говорит Генле, — не опираясь на гипотезу, не может сделать вперед ни одного шага. День последней гипотезы был бы и последним днем в развитии знаний».

Нужно считать установленным, как учил Ф. Энгельс, что «формой развития естествознания, поскольку оно мыслит, является гипотеза».

Борьба за научную гипотезу, органически связанную с клинической практикой, без которой был бы невозможен прогресс медицины как науки, составляет величайшую заслугу и пятую особенность боткинской школы. Именно в свете этой особенности хорошо видно, что нет никакой разницы между «новой» идеологией «школы Захарьина» и старой идеологией школы эмпириков.

Было бы конечно неправильно недооценивать значение Г. А. Захарьина и его школы в истории развития отечественной медицины. В этой истории Захарьин занимает значительное место. Он является одним из наиболее талантливых наблюдателей-эмпириков. Разработанная Захарьиным «тонкая семиотика болезни» была возведена им на грань научного совершенства, искусства и сделала его также блестящим диагностом и воспитателем многих выдающихся деятелей клинической медицины (В. Ф. Снегирев, Н. Ф. Филатов, А. Я. Кожевников и др.). Но школа Захарьина не смогла быть и не стала основной школой научной отечественной клинической медицины.

Действительный член Академии медицинских наук И. Д. Страшун так отвечает на этот вопрос:

«В этой тонкой семиотике болезни, в этой тщательной наблюдательности у постели больного, в изучении живого больного как такового... сила школы Захарьина, в полном же отказе от физико-химических и

---

[1] Клинические лекции Захарьина, в. II, стр. 35, 1891.
[2] Лекции Захарьина, в. I, стр. 102, 1891.

технических достижений, в сопротивлении введению новейших медицинских инструментов, в огульном отбрасывании эксперимента, гипотез — реакционность захарьинской школы... Вместо того, чтобы углубляться в научное обоснование подмеченных им явлений, Захарьин подымает реакционное знамя теоретического нигилизма. И не случайно в первые же месяцы после смерти Захарьина подымались голоса, был ли он человеком науки».

Многие авторы упорно подчеркивают то положение, что Боткин при обследовании больных пользовался главным образом «объективным методом», не придавая существенного значения анамнезу. Это положение явно ошибочное. Кондратович правильно писал: «Утвердилось мнение, что московская школа гордится особенно тщательным расспросом больного по сравнению с петербургской школой». Разрывали единое и делили неделимое, т. е. делали то, чего никогда в жизни не делал С. П. Боткин и чему, разумеется, не учил.

Н. Ф. Голубов, наиболее сильно критиковавший Боткина за его «поверхностное, неточное собирание анамнеза» у больных, ссылается на его печатные клинические лекции, как на доказательство вещественное и бесспорное.

Это заключение основано на одном недоразумении, возымевшем значение лишь исторической ошибки.

Прежде всего печатные лекции С. П. Боткина не отображали полностью его клинических лекций, читанных слушателям академии. Записанный первоначально В. Н. Сиротининым и Лапиным полный курс клинических лекций Боткина с подробным изложением расспроса и анамнеза больных не увидел света. По заявлению В. Н. Сиротинина, «Сергею Петровичу не пришлось его редактировать, так как лекции эти каким-то образом затерялись в бумагах покойного Н. И. Соколова».

И далее В. Н. Сиротинин дает очень важные разъяснения, которые рассеивают все упреки Голубова и его последователей и вносят полную ясность в затронутый нами вопрос.

«С. П. не желал сохранять все, что он читал, считая многое интересным и важным только для студентов, но не для печати, — вот почему печатались не все лекции и некоторые из напечатанных имеют несколько отрывочный характер, не исчерпывая предмета вполне, но останавливая внимание читателя преимущественно на самостоятельных научных гипотезах и взглядах С. П. — на том, что составляло, так сказать, оригинальный, лично ему принадлежащий вклад в науку. Упоминаю об этом потому, что в русской литературе, между прочим, был сделан странный и необъяснимый для всех знавших и слушавших лекции С. П. упрек, что он не придавал большого значения расспросу больных и т. п. Вряд ли можно было придумать что-либо более несправедливое! Всякий из слыхавших лекции С. П. может засвидетельствовать, как подробно и обстоятельно расспрашивал он больных, прежде чем приступить собственно к собиранию объективных данных».

Вот что говорил по этому поводу сам С. П. Боткин:

«Прежде всего устанавливают ряд субъективных ощущений, имеющихся у данного больного... Затем врач приступает к собиранию объективных фактов, т. е. явлений, представляющихся самому врачу при исследовании больного. Этот порядок выгоден, но в ряде случаев этот порядок следует изменить». Иногда рациональнее предпослать объективное исследование расспросу, особенно, если речь идет о тяжелых больных.

У Боткина нет и тени пренебрежения, недооценки к расспросу и анамнезу больного. Важно не то, что будет предпослано: расспрос объективному исследованию или наоборот, важно научиться владеть этими методами, всегда сочетать их и на основании всех добытых фактов приступить «к составлению теории данного случая».

Н. Я. Чистович рассказывает в своих воспоминаниях, что каждая лекция Боткина «начиналась с расспроса больного. Расспрос длился долго и мог показаться даже слишком детальным...».

В этом отношении очень интересен и поучителен рассказ известного журналиста и филолога Р. И. Сементковского, напечатанный в «Русской старине».

Вот что писал Сементковский, не будучи медиком:

«Это было в 1871 г., я тогда сильно заболел. Мой домашний врач Д. Н. Шульговский посоветовал консилиум и привез мне Боткина.

Добросовестность знаменитого диагноста, помню, меня поразила. Что он только не проделывал со мною в течение часа: расспрашивал меня обо всех обстоятельствах моей жизни, очень интересовался моими родителями и родственниками как в восходящей, так и в боковых линиях»...

Шестая особенность боткинской школы и заключалась в умении всесторонне развить, приложить этот метод к каждому больному и построить «наиболее вероятную гипотезу по поводу каждого представившегося случая».

Заслуга Боткина заключается в том, что этот метод выдержал суд истории и стал общечеловеческим достоянием в деле подготовки медицинских кадров.

Для полной характеристики С. П. Боткина как клинициста и основоположника основной научно-терапевтической школы необходимо разобрать его взгляды на терапию.

Как известно, Боткина и его школу обвиняли больше всего именно по этому разделу клинической работы и преподавания. Говорили и писали «о терапевтическом скептицизме» и даже «нигилизме» Боткина. Так, Н. П. Васильев свидетельствует о «терапевтическом скептицизме Боткина, граничащем почти с нигилизмом, особенно в последние годы». Н. Голубов прямо указывает как известную всем аксиому: «Мы должны признать, что терапия составляет слабейшую сторону петербургской школы».

Даже лучший биограф и друг Сергея Петровича Н. А. Белоголовый дал неопределенное и расплывчатое описание постановки лечебного процесса в клинике и школе Боткина.

Боткин прежде всего выступал против вирховского учения «эмпирической терапии». Он всегда придавал своей терапии рациональный и научно обоснованный характер.

Правильно писал по этому поводу проф. П. Н. Николаев: «Ни один из современных нам учебников или руководств и, пожалуй, ни один лектор не уделяют так много места вопросам лечения, как это делает Боткин. В подтверждение сказанного и в связи с событиями, развернувшимися на Западе и, в частности в Англии, можно было бы особенно порекомендовать прочитать его лекции о базедовой или гревсовой болезни.

Будучи сторонником причинной терапии, Боткин ни в коей мере не отрицал и симптоматической. В противоположность Дитлю, вождю «европейского нигилизма в терапии», утверждавшему, что «можно считаться только с тем, что знаешь с начала до конца», Боткин давал правильные установки, например, в отношении «народных средств», оправдываемых многолетней практикой людей. Никто до Боткина, да пожалуй и после него, не откликался так энергично и своевременно на проблемы лечения, как он. И это понятно. Боткин был прежде всего терапевтом в буквальном смысле этого слова, терапевтом-гуманистом. Он всегда считал, что «конечной целью медицины является предупреждение болезней, лечение или облегчение их».

Он требовал от врача лечения больного, обоснованно вытекающего из понимания сущности болезни и патогенеза ее симптомов. Вот почему

Боткин и его школа проявили инициативу в научной разработке терапии почти во всех разделах внутренней медицины. Но вместе с тем, проводя невиданные по масштабу для любой клиники Европы фармакологические эксперименты, Боткин никогда не забывал и необходимости бережного, осторожного отношения к больному.

Особенно тщательно разработан боткинской школой раздел терапии, касающийся патологии сердечно-сосудистой системы. Работами из этой области впервые установлены дозировки, показания и противопоказания в отношении многих препаратов. Все эти исследования, благодаря известной плановости и строгой последовательности, увенчались блестящим успехом.

В терапевтическую практику были введены такие средства, как атропин (С. П. Боткин, 1861, Д. Кошлаков, 1862), дигиталин (Н. Виноградов, 1861), фовлеров раствор (Н. Соколов, В. Дроздов, 1874), горицвет, адонис (Н. Бубнов, 1879), ландыш (Н. Богоявленский, Н. Симановский, 1881), лимоннокислый кофеин (И. Забелин, 1861, Д. Кошлаков, 1862), лобелин (С. Афанасьев, 1886), экстракт чемерицы (Н. Чистович, 1886), сернокислый спартеин (Т. Павлов, 1888), апоцин (Д. Соколов, 1888), экстракт гринделии (В. Доброклонский, 1884), соли калия (В. Сиротин, 1885), соли рубия и цезия (С. С. Боткин, 1888), молоко (Т. Руденко, 1886), иод (А. Смирнов, 1884).

Чтобы подчеркнуть серьезность этих работ, достаточно сказать, что в основном они диссертационные. «Эти работы, — писал М. Д. Тушинский, — ввели в терапию человека адонис и ландыш, установили показания и дозировку. Это — бесспорная заслуга Боткина и его школы».

С. П. Боткин научно разрабатывал и ввел в клинику оксигенотерапию при заболеваниях легких и бронхов (А. Солдатов), при неукротимых рвотах беременных (Ю. Чудновский, 1871), при заболеваниях нервной системы, сопровождающихся, в частности, прогрессивным расстройством координации движений (П. Успенский, 1871). Школа Боткина впервые разработала вопросы об угнетающем действии на нервную систему натриевых солей (М. Яновский, 1883), о влиянии щелочных средств на состав желчи (С. Кликович, С. Левашев, 1881), об угнетающем влиянии на отделение желудочного сока атропина, морфина, хлоралгидрата (А. Нечаев, 1881), о значении высоких и низких температур для деятельности сердечно-сосудистой системы (Н. Виноградов, 1861, А. Киреев, 1861).

Учениками Боткина тщательно разработана фармакология гидробромистого хинина (Л. Тумас, 1883), антипирина (И. Завадовский, 1886), пикротоксина и нитропикротоксина (П. Полубинский, 1872), висмута (П. Стефанович, 1869, И. Лебедев, 1869, РОКК, 1870), атропина, датурина и гиосциамина (А. Полотебнов, 1866), физостигмина (В. Лашкевич, 1865), перекиси бария и азотнокислого барита (Э. Фаренгольц, 1872), спорыньи (Н. Успенский, 1864), солей калия, натрия, лития (Ф. Подкопаев, 1865, Н. Никаноров, 1882).

С. П. Боткин внес неоценимый вклад не только в русскую, но и в мировую терапию, предложив кровопускания при кардио-пульмональной недостаточности. В этом отношении большого внимания заслуживают блестящие работы Ю. Чудновского (1867—1869). Школа Боткина дала наиболее полноценный ответ и по этому вопросу.

Указав на большое значение распада тканей в генезе лихорадки, Боткин первый из всех клиницистов наметил путь к разработке неспецифической, раздражающей терапии. Его ученики явились пионерами в научной аппробации этого нового вида лечения. В этом отношении незабываема диссертационная работа Н. Голубева «О впрыскивании под кожу мокрот и гнилистых жидкостей» (1869).

С. П. Боткин первый высказал «путеводную мысль» о купирующей

терапии и наметил в общем виде учение о специфическом лечении, т. е. вакцинотерапии.

За время заведывания Боткиным клиникой академической терапии (за 28 лет) в Военно-медицинской академии он сам и его ученики написали более ста работ, посвященных только проблеме лечения, из которых 40 стали диссертациями на соискание научной степени доктора медицинских наук. Этот факт весьма знаменателен. Если посмотреть список работ в хронологическом порядке, то для всякого историка медицины станет очевидным, что ни одна из западноевропейских школ, современных Боткину, не дала такого количества открытий и исследований в области лечения.

Несомненной заслугой Боткина является и то, что он еще в 1867 г. заявил: «Вопрос о предупреждении развития болезни принадлежит отдельной медицинской науке — гигиене».

Следовательно, боткинская школа установила новые пути в развитии учения о предупреждении и лечении болезней. Она видела в этом главную и решающую задачу научной медицины. Путем последовательных и больших научных изысканий боткинская школа стремилась расширить рамки терапевтических возможностей, разработала и усовершенствовала принципы этиопатогенетической, функциональной, всесторонне индивидуализированной терапии (антропотерапии).

В этом заключается седьмая особенность и заслуга боткинской школы. Но величие Боткина в полной мере сказалось в том, что он первый из русских клиницистов ценой упорного труда и большого искусства выпестовал самую большую и передовую научную школу, создавшую славу не только кафедре факультетской терапии Военно-медицинской академии, но всей отечественной медицине. Можно сказать без преувеличения, что никто из западноевропейских современников Боткина такой школы не имел.

За 28 лет из клиники факультетской терапии, руководимой С. П. Боткиным, вышло 420 научных работ, из которых 87 явились докторскими диссертациями. Сергею Петровичу при жизни удалось показать всю мощь научного потенциала своей школы. Из 106 учеников Боткина, не считая прикомандированных и больничных врачей, 46 заняли профессорские кафедры в Военно-медицинской академии, в психоневрологическом, в 1-м женском медицинском институте, в Институте для усовершенствования врачей, в Институте экспериментальной медицины в Петербурге, в Казанском, Одесском, Юрьевском, Варшавском, Харьковском и Киевском медицинских институтах. Из них 28 человек получили различные терапевтические кафедры. Они стали гордостью нашей внутренней медицины и вошли навсегда в ее историю. К этим выдающимся профессорам-терапевтам относятся: Д. И. Кошлаков, В. А. Манассеин, Ю. Т. Чудновский, М. В. Яновский, Л. В. Попов, С. С. Боткин, Н. Я. Чистович, М. М. Волков, А. А. Нечаев, Я. Я. Стольников, Н. А. Виноградов, С. В. Левашев и др.

В клинике Боткина были воспитаны не только терапевты, но и специалисты по другим отраслям медицинских знаний. Многие из них в дальнейшем стали великими или ведущими учеными нашей страны. Боткинские ученики в дальнейшем возглавили ряд кафедр: по физиологии — И. П. Павлов, К. В. Ворошилов, анатомии — Н. А. Батуев, химии — Ф. И. Лазаренко, физиологической химии — Т. И. Богомолов, Ф. И. Лазаренко, фармакологии — О. В. Забелин, А. И. Тумас, общей патологии — Н. Г. Ушинский, С. М. Лукьянов, истории медицины — П. В. Модестов. Из клиники Боткина отпочковались самостоятельные кафедры, ставшие вскоре авторитетными не только в Военно-медицинской академии, но и далеко за ее пределами. Их возглавили также ученики Боткина. К этим кафедрам относятся: кафедра дерматологии и сифилидологии (А. Г. Полотебнов, Т. П. Павлов), ото-риноларинго-

логии (Н. П. Симановский, А. Ф. Пруссак, Д. И. Кошлаков, Верховский), общей патологии, бактериологии с учением о заразных болезнях (С. С. Боткин, Н. Я. Чистович). Необходимо отметить, что основанием для учреждения самостоятельной кафедры бактериологии послужила бактериологическая лаборатория, организованная С. П. Боткиным в клинике факультетской терапии в 1884 г.

Из всего этого вытекает очевидный и ясный вывод. Боткин является не только основоположником отечественной внутренней медицины, создателем основной школы терапевтов, но и организатором научной клинической медицины вообще. Историческая роль его школы не исчерпывается только этим великим делом. Она сумела дать прекрасные кадры и для решающего развития теоретической медицины и тем самым приобрела значение единой научно-медицинской школы.

Имя Боткина можно и должно поставить рядом с именами Н. И. Пирогова и И. П. Павлова. Вспомним по этому поводу слова проф. П. Н. Николаева: «Можно спросить, где тот ученый, где та кафедра, которые сумели создать на протяжении 28 лет — время самостоятельного руководства Боткиным академической терапевтической клиникой Медико-хирургической академии — такое количество ученых специалистов и выдающихся профессоров клинической и теоретической медицины?

Таким ученым является лишь И. П. Павлов, соработник и в известной мере, как он сам говорит, ученик С. П. Боткина. Но эпоха, но время, но возможности и масштабы работы, особенно в советский период жизни И. П. Павлова, были уже другие, не говоря о том, что его творческая научная деятельность продолжалась ровно в два раза дольше, чем деятельность Боткина: С. П. Боткину было лишь 57 лет, когда он умер».

Невольно возникает вопрос: как мог С. П. Боткин создать такую сильную школу, в чем был «секрет» его успехов в деле воспитания и выдвижения руководящих врачебных кадров? Какими основными принципами руководствовался Боткин, работая со своими учениками в клинике и вне ее?

Прежде всего Боткин, будучи выдающимся педагогом, умел привить исключительный интерес к своему предмету, выделяя еще со студенческой скамьи наиболее способных людей, «преданных медицинской науке не на словах, а на деле». Он следил лично и требовал от своих помощников, чтобы они его точно информировали об успехах студентов (занимающихся у него на кафедре). Он открывал широко двери своей кафедры для студентов академии, предоставляя им все возможности для углубленной работы у постели больных и в лаборатории. Даже в воскресные дни кафедра была открыта для всех желающих в ней работать. Занятия поручались ближайшим помощникам Сергея Петровича: И. П. Павлову, Д. И. Кошлакову, В. Т. Покровскому, П. И. Успенскому, А. Ф. Пруссаку, А. Г. Полотебнову, Ю. Т. Чудновскому, Н. И. Соколову, Н. А. Бубнову, М. В. Яновскому, В. Н. Сиротинину.

А. Сталь так рассказывает об этих студенческих занятиях: «Клиника, привлекая к себе наибольшее число слушателей 4 курса, побуждала их всецело посвятить себя изучению внутренних болезней и, благодаря своему строю, внушала учащейся молодежи определенные взгляды на научные вопросы медицины и принципы врачебной этики...»

В каждом своем ученике Боткин старался развить инициативу в исследовательской работе и веру в свои силы и возможности. Самым верным средством в достижении успеха Боткин считал трудолюбие — оно было правилом школы.

Темы для работ Сергей Петрович давал в общей форме, давал лишь идею, предоставляя уже самому ученику разобраться в ней и попытаться ее разработать.

Все свои распоряжения Боткин проверял очень строго. Требовательность была его основной чертой как воспитателя и руководителя.

В клинике господствовала самая строгая дисциплина. К моменту прибытия Боткина на кафедру все врачи собирались в его кабинет и ждали распоряжений или указаний. Войдя в кабинет, Сергей Петрович обходил всех, затем выслушивал подробный доклад обо всем, что случилось в его отсутствие. На его лекциях, обходах, разборах должны были присутствовать все. В то же время он заставлял отличать службу от дружбы и никогда не смешивать этих двух понятий. А дружбу Боткин любил и чтил ее искренний культ. На крепкой дружбе он строил все взаимоотношения своего коллектива в клинике, а коллектив этот он считал своей родной семьей.

Боткин умел и любил пропагандировать идеи и научные труды своей школы. Он не боялся своих учеников, как бы они талантливы ни были, он всегда поощрял их научный рост, не жалел для этого ни сил, ни средств и во-время выдвигал их на самостоятельную работу. Он не давал никому «пересиживать свое время». Развивал именно ту склонность, которая проявлялась у самого ученика.

Боткин организовал такие превосходные печатные органы, как «Архив клиники внутренних болезней» (1867—1889), «Еженедельная клиническая газета» (выходила с 1881 по 1889 г. под редакцией Боткина). С 1871 г. выпускался так же «Эпидемиологический листок». Эти печатные органы предоставлялись для публикации работ учеников Боткина. Все диссертации боткинской школы были напечатаны в «Архиве», который С. П. Боткин лично и финансировал. Вот в чем «секрет» успеха Боткина! Вот почему школа Боткина смогла стать и стала основной школой научной медицины России, определившей все дальнейшее развитие отечественной внутренней медицины. В этом заключается последняя особенность и величайшая заслуга боткинской школы.

Академик Н. Д. Стражеско так писал по этому поводу: «Накануне революции внутренняя медицина находилась главным образом под влиянием взглядов петроградской школы Боткина, введшего ее в круг естественных наук и поставившего перед ней научно-исследовательские задачи...». М. В. Черноруцкий называет школу Боткина главной школой русских терапевтов. В своей работе к «К 50-летию со дня смерти С. П. Боткина» он четко подчеркнул эту мысль: «С. П. Боткин является основоположником современной клиники внутренних болезней и главой крупнейшей школы русских терапевтов» [1].

И. И. Мечников, подводя итоги развития внутренней медицины России за XIX столетие, сказал: «Боткин явился основателем обширной школы русских клиницистов и влияние его сохранится на все времена».

Трудно прибавить что-либо к этим словам!

★

[1] Советский врачебный журнал, № 4, стр. 248, 1940.

Полковник мед. службы проф. Д. Е. РОЗЕНБЛЮМ

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ МЫСЛЬ В ВОПРОСАХ УТОМЛЕНИЯ

С. П. Боткин в 1863 г. обратился к руководству Медико-хирургической академии со следующими словами: «Военный врач настолько должен быть хирургом и терапевтом, насколько он должен быть натуралистом, ибо без хорошего знания естественных наук не может быть разумной гигиены солдат».

Наш век характеризуется стремительным бегом научной медицинской мысли, вносящим коренные изменения в только что, казалось, установившиеся представления. И нам приходится напрягать свой ум, чтобы поспевать за этими изменениями и быть на уровне современной науки, если мы желаем быть полноценными специалистами.

Изучение эволюции научной мысли в процессе накопления фактического материала и становления наших знаний является необходимым условием полноты наших представлений по каждому частному вопросу и могучим стимулом дальнейшего прогресса.

Этого принципа я придерживаюсь в преподавании. Этот принцип я положил и в основу настоящей статьи.

Вопрос о генезе утомления издавна волнует физиологов и служит предметом многочисленных исследований и исканий. И это не случайно, поскольку от правильного понимания природы утомления зависят основные линии борьбы с ним.

С фактором человеческого утомления издавна приходится считаться в военном деле при оперативно-тактических расчетах передвижения и группировки войск.

С позиций военной медицины утомление является отрицательным фактором, который может осложнить течение боевых травм. А боевая травма тем и отличается от травмы мирного времени, что физический фактор, ее вызывающий, может встретить в организме такую обстановку, упасть на такой фон, с которым в практике мирного времени мы сталкиваемся реже. Еще до ранения боец мог быть утомлен, подвергаться действию охлаждения, сильнейших звуковых и механических эффектов, испытывать сильнейшие эмоции. Вегетативная и особенно симпатическая нервная система была резко возбуждена. В кровоток были выброшены в значительных количествах адреналин и питуитрин. Уровень функционального напряжения мозговых корковых клеток был высоким. Конечный же эффект действия любого раздражителя зависит не только от характера и интенсивности раздражителя, но и от функционального состояния организма.

Утомление может нарушить тонкость и слаженность в работе терморегуляторного аппарата, к которому в армии, особенно в боевых условиях, предъявляются весьма высокие требования. В утомленном состоянии организм легче подвергается как общему, так и локальным охлаждениям: вазомоторные рефлексы на действие холодовых раздражителей могут извращаться, вместо обычных сосудистых реакций получаются парадоксальные, сопровождающиеся резким усилением теплопотери с поверхности тела.

Стало быть, для военной медицины разработка проблемы утомления имеет свой специальный интерес.

Уже первое поколение отечественных физиологов в попытках подойти к анализу явлений утомления избирает свой самостоятельный путь, руководствуясь идеями «невризма», столь характерными для передовых русских медицинских школ второй половины прошлого века (С. П. Боткин).

Для того чтобы отчетливо представить себе оригинальность русской физиологической мысли, определившей направление исследовательской работы по проблеме утомления, необходимо напомнить о тех теоретических концепциях, которые к тому времени сложились по вопросам утомления на Западе.

Рассматривая физиологический процесс как аналогичный работе машины, на вопрос, от чего зависит утомление, давали простой и, как казалось тогда, ясный ответ: утомление есть результат истощения тех ресурсов, за счет которых производится работа. Таково одно из старых классических представлений о природе утомления, защищавшееся Шиффом. Не подлежит никакому сомнению, что всякая работа производится ценою траты тех или иных ресурсов. Но творцы и последователи этой теории не смогли представить убедительных доказательств, с указанием, какие именно ресурсы и до каких пределов истощаются. А знания по химической динамике мышечного сокращения в ту пору были весьма ограничены, и во всяком случае, тогда неизвестна была чрезвычайная бережливость в тратах органического материала при работе мышц, основанная на высокой обратимости обменных процессов в мышечной ткани. Когда же творцы теории истощения как причины утомления переносили свои представления с изолированной мышцы на целый организм, они впадали в многочисленные противоречия с фактами, которые не могли объяснить.

В результате возникли новые попытки определить природу утомления. Одна из этих гипотез определяет утомление как результат кислородного голодания органа (Ферворн). Ресурсы при утомлении не истощаются, но нарушается должное их использование, вследствие затруднений в доставке к работающим органам кислорода, вследствие кислородной блокады, ведущей к нарушениям процессов клеточного дыхания.

Так как эта теория была более умозрительной, чем построенная на какой-либо прочной экспериментальной базе, она не имела широкого круга последователей.

Значительно прочнее утвердилось другое понимание природы утомления, связанное с именем Эдуарда Пфлюгера. Еще Гельмгольц в ранней своей работе нашел, что в утомленной мышце накапливаются вещества, растворимые в спирту. Несколько позднее Дюбуа Реймонд обнаружил, что в утомленной мышце реакция сдвигается в кислую сторону. Уже эти наблюдения навели научную мысль на определенный путь в разъяснении картины утомления. Если накапливаются какие-то вещества и изменяется реакция, то, повидимому, эти вещества при известном накоплении могут быть причиной нарушения нормальной работы мышцы. Таков был ход рассуждений. Эксперимент Ранке дал такому логическому построению новый устой. Утомленную изолированную мышцу лягушки, впавшую в контрактуру, тщательно промывали физиологическим раствором. Эффектом было восстановление ее работоспособности. Ясно, рассуждали физиологи, что по мере накопления метаболитов скорость метаболизма все более и более замедляется, но стоит удалить, отмыть избыточное количество метаболитов, и орган возобновляет свой жизненный марш. Отсюда был сделан вывод, что при утомлении накапливаются продукты распада, их устранение ведет к ликвидации утомления.

В дальнейшем делались попытки перенести такое толкование на целый организм и представить утомление как результат нарушения нормального течения обмена веществ. В этом отношении большую роль сыграли работы итальянского физиолога Моссо, демонстрированные им в конце прошлого века на Международном конгрессе физиологов в Берлине. С этого момента внимание исследователей сосредоточилось на поисках токсинов утомления. На этом пути было сделано много оши-

бок, имеющих теперь только исторический интерес. Особенное значение придавали молочной кислоте, которую стали рассматривать как фактор утомления. Теперь-то нам известно, что при кратковременных острых мышечных напряжениях молочная кислота может играть некоторую роль в развитии явлений утомления, но совершенно необоснованным было перенесение такого представления на все случаи мышечной деятельности. При длительных физических напряжениях (например, марш) утомление может быть ярко выражено при неизменном уровне молочной кислоты в крови.

Изменения в течении метаболизма, связанные с работой, могут иметь значение для функциональной деятельности организма, но в них нельзя видеть исключительную причину утомления.

Наши отечественные физиологи не оказались в плену господствовавших тогда теоретических представлений Шиффа, Ферворна, Пфлюгера, казавшихся современникам вовсе не такими односторонними, как нам, а шаг за шагом накапливали факты, которые отводили доминирующее значение в генезе утомления нарушениям в деятельности нервных аппаратов регуляции, обеспечивающих нормальное, слаженное течение физиологических процессов.

Анализ феномена утомления был начат в отечественной физиологии также со сравнительно простых структур, с нервно-мышечного препарата, но направлялся он с других идейных позиций. Остановимся прежде всего на исследованиях Н. Е. Введенского, которые по праву могут быть названы классическими. Н. Е. Введенский принадлежал к тому направлению в физиологии, которое утверждало, что путь движения к познанию интегральных функций организма лежит через познание механизма простых приборов, и Введенский имел право перед смертью заявить о себе: «Ведь можно сказать, что вся моя жизнь прошла в обществе нервно-мышечного препарата». В триаде нерв — мионевральная связь — мышца Н. Е. Введенский опытным путем стремился выявить относительную уязвимость к утомлению отдельных составляющих звеньев. Для исследования вопроса об утомляемости нерва Н. Е. Введенский в 1884 г. применил метод длительного, до 6 часов, непрерывного раздражения двигательного нерва прерывистым индукционным током. Для суждения о том, изменяются ли в этих условиях основные функциональные свойства нервного проводника, он искусственно создавал на дистальном, ближайшем к мышце отрезке нерва, преграду — блок для проведения нервных импульсов к мышце. Для создания такого блока Н. Е. Введенский применял поляризацию этого участка нерва постоянным током (метод минимальной поляризации). Выключая время от времени постоянный ток, он тем самым устранял блок непроводимости к мышце, нервные импульсы могли при этом достичь мышцы, и ее сокращения могли быть индикатором функционального состояния нерва (рис. 1).

В таких условиях эксперимента двигательный нерв и при очень продолжительной деятельности не обнаруживал признаков утомления. Баудич (Bowditch) подтвердил выводы Н. Е. Введенского о практической неутомляемости двигательных нервов другим способом. Экспериментируя на теплокровных (кошках), он блокировал проводимость нервных импульсов к мышцам, отравляя животных ядом кураре (умеренными дозами). При этом можно было раздражать непрерывно двигательные нервы часами без видимого эффекта. Однако, как только начинало проходить отравление (через 2—3 часа), оказывалось, что двигательные нервы не утратили своей возбудимости и проводимости, так как мышцы начинали энергично сокращаться.

Н. Е. Введенский со своей стороны, чтобы усилить достоверность полученных им фактов, продолжал разработку этого вопроса в других экспериментальных вариациях. Гальванометрическими и телефониче-

скими опытами над нервами собак была установлена неутомляемость нервов, даже иссеченных у теплокровных, у холоднокровных тетаническое раздражение после продолжительного действия на одном участке нерва переносилось на новое место. Эта модификация давала прежние результаты.

Машек, повторивший опыты Н. Е. Введенского в лаборатории Геринга, поддерживал тетанизацию нерва в течение 12 часов и тоже не нашел в нерве признаков утомления. К таким же результатам пришли при 12-часовой тетанизации нерва Эдис, Броди и Галлибертон. Позднее Н. Е. Введенский доказал практическую неутомляемость также стволов чувствительных нервов.

Более поздние исследования, произведенные ближе к нашему времени, с использованием более совершенной и тонкой электрофизиоло-

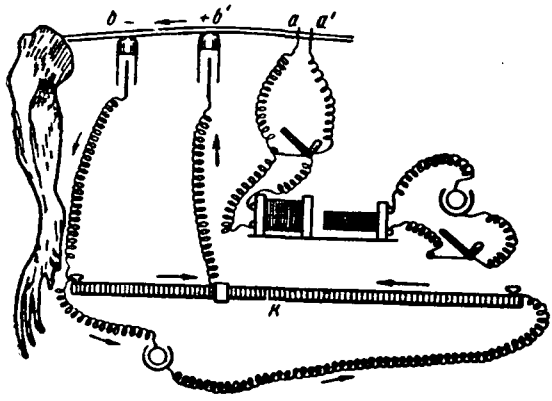


Рис. 1. Схематическое изображение опыта сравнительной неутомляемости нерва

гической методики, обнаружили, что при длительной тетанизации нерва происходят, однако, некоторые изменения в его функциональном состоянии, не вскрытые в исследованиях Н. Е. Введенского, а именно замедляется скорость проведения возбуждения, удлиняется рефрактерная фаза, понижается возбудимость (Воронцов), уменьшаются токи действия (Тигерштедт, Беритов).

Это противоречие между новыми и старыми данными объяснено Эрлангером, Гасскром и Бишопом, которые показали, что нервный ствол есть комплекс волокон с различными морфологическими и функциональными свойствами. Одни волокна — более толстые — являются более возбудимыми и быстрее проводят возбуждение, другие — более тонкие, наоборот, имеют меньшую возбудимость, меньшую скорость проведения. Так что, когда нерв длительно раздражается, то возбудимость одних волокон падает ниже порога раздражения раньше, у других позже. В результате часть волокон отдыхает, пока функционируют другие. Таким образом, в основе малой утомляемости нервных проводников лежит посменная деятельность нервных волокон, их составляющих.

Следующим шагом было признание, что наиболее уязвимым и сравнительно быстро утомляющимся прибором в нервно-мышечном препарате является мионевральная передача. Мышцы при непрямом раздражении утомляется гораздо быстрее, чем при прямом. Латентный период мышечного сокращения с нерва при утомлении значительно удлиняется и в основном за счет переходной области, так как при прямом раздражении он изменяется мало.

С 1890—1891 гг. особенное внимание Н. Е. Введенского привлекал вставочный элемент между нервом и мышцей. С присущей ему прозорливостью Введенский приписывал периферическому синапсу особую роль в проведении импульсов возбуждения. Уже тогда Н. Е. Введенский сближал роль синапса в периферическом нервно-мышечном приборе с ролью интрацентральных синапсов в рефлекторной дуге. «Нервные окончания — да чем же это вам не центры?» — говорил он своему ученику А. А. Ухтомскому. В этих теоретических концепциях были значительно предвосхищены аналогичные построения, позже высказанные кембриджской физиологической школой.

Но каким путем установить, как протекает нервный процесс в мионевральной передаче, есть ли тут какие-нибудь особенности? Наводящими фактами были ритмы токов действия в мышцах при прямом и непрямом их раздражении. Тут и оказалось, что мышца сама по себе при непосредственном ее раздражении способна воспроизводить ритм раздражения в виде ритмических токов действия до 200—250 колебаний в секунду, трансформируя его в более редкий ритм по мере утомления. Нерв способен воспроизводить ритмические раздражения до 500 в секунду, а ритм в 200—250 может воспроизводить многими часами.

При таком построении эксперимента обнаружилось, что при раздражении мышцы с нерва она способна воспроизводить предельный ритм всего до 120 колебаний в секунду и довольно скоро трансформирует его в более редкий ритм. Это значит, что в периферическом синапсе нервные импульсы проводятся своеобразно. Н. Е. Введенский и пришел к идее, что судьба проведения ритмических волн возбуждения в нервно-мышечном приборе зависит от функциональной подвижности или лабильности составляющих его звеньев. Чем быстрее успокаивается физиологический прибор после приступа возбуждения, тем он подвижнее, лабильнее, тем большее количество импульсов он в состоянии провести. По мере падения лабильности прибор может проводить все более редкие ритмы импульсов. Стало быть, уже в норме периферический синапс обладает меньшей функциональной подвижностью, чем мышца и особенно нерв.

Таким образом, анализ явлений угомления на нервно-мышечном препарате позволил притти к выводу, что наиболее подверженным звеном в этом приборе является не мышца как рабочий исполнительный орган, и ни нерв как проводник возбуждения, а синапс, вставочный элемент между ними. Если учесть, что Н. Е. Введенский в какой-то мере сближал периферические и интрацентральные синапсы по их способности к проведению импульсов возбуждения, то сделанные на сравнительно простых структурах выводы, естественно, намечали новые группы исследований уже в условиях более сложных зависимостей.

Примерно в тот же период над проблемой утомления работал другой ученик И. М. Сеченова — проф. Военно-медицинской академии И. Р. Тарханов.

И. Р. Тарханов пытался подойти к анализу феномена утомления с другого конца, со стороны самых сложных интегральных взаимоотношений у человека. Он прекрасно давал себе отчет в трудностях решения проблемы. «Дело касается сложных явлений, в которых различные причины действуют одновременно и могут производить противоположные эффекты. Механизмы, участвующие в действии, так интимно связаны и сплетены между собой, что невозможно заставить их действовать отдельно, чтобы узнать то участие, которое выпадает на долю каждого звена в нервно-мышечном механизме в деле наступления мышечной усталости».

Из лаборатории Тарханова в начале 90-х годов прошлого столетия вышли две диссертации: Б. О. Богуславского «Кривая мышечной усталости у человека под влиянием разных условий» (1891)

и П. А. Копонасевича «Дальнейшие материалы к физиологии мышечной усталости у человека» (1892).

В первой диссертации подтверждается известный в то время факт, что когда, вследствие утомления, произвольный подъем груза на эргографе становится невозможным и волевые сокращения прекращаются, можно путем электрического раздражения двигательного нерва снова вызвать сокращения мышц с подъемом груза. Это означает, что в целом организме утомление имеет не столько периферическое, как центральное происхождение. Периферический двигательный аппарат как исполнительный орган в условиях нормального кровообращения подвержен утомлению значительно меньше, чем центральные нервные аппараты, регулирующие и координирующие работу всех физиологических систем и организма в целом.

Вторая диссертация сообщает об очень интересных фактах влияний на эргографические кривые у человека афферентной сигнализации со стороны ряда рецепторных приборов: 1) когда эргографические записи велись в темноте, свет подымал высоты мышечных сокращений; 2) прохладная вода 10—25° в форме обтираний содействует снятию наступившего утомления и возобновлению подъема груза на эргографе; 3) массирование свободной неработающей руки оказывало резкое влияние на кривую мышечных сокращений другой руки.

В связи с этим описана одна из лекционных демонстраций И. Р. Тарханова: «Демонстрируя студентам эргограф Моссо, профессор предложил сесть за эргограф студенту Степанову. Когда мышцы правой руки, производившей работу, утомились и на барабане получилась прямая линия, начали массировать левую руку и, к удивлению аудитории, сию же минуту начались волевые мышечные сокращения уставшей правой руки».

Таким образом, в лаборатории И. Р. Тарханова были получены прекрасные доказательства роли афферентной сигнализации с тактильных и проприоцептивных рецепторов в стимулировании активности периферических аффекторов, доказательства, имеющие теоретический и практический интерес. «Без участия центральной нервной системы все эти факты объяснить нельзя» (Копонасевич).

Эти эффекты, возможно, представляют собой реакции, протекающие по принципу доминанты, установленному позднее Ухтомским, когда возбуждение, рождаемое раздражением, имеет тенденцию направляться к центрам наиболее деятельным, легко отзывающимся на дальние волны и легко их суммирующим.

В настоящее время после блестящих классических исследований акад. Л. А. Орбели об адаптационно-трофической роли вегетативной нервной системы имеется достаточно оснований полагать, что сигнализация с периферических рецепторов в этих случаях в конечном итоге переадресовывается к высшим вегетативным центрам, в результате чего происходят адаптационно-трофические перестройки в организме, ведущие к снятию утомления и настройке на новый функциональный уровень работоспособности. В целом организме ликвидация утомления не столько результат непосредственных адаптационно-трофических влияний на периферические органы, как результат таких влияний на центральную нервную систему, в том числе на ее высший отдел — кору головного мозга.

В этом же аспекте особый интерес вызывает последняя лабораторная работа отца русской физиологии И. М. Сеченова «Влияние раздражения чувствующих нервов на мышечную работу», посвященная вопросам утомления и борьбы с ним. В 1902—1903 гг., будучи в возрасте 73 лет, И. М. Сеченов поставил физиологический эксперимент на самом себе. Он искал наиболее выгодные для движения руки темп и нагрузку, при которых была бы возможна непрерывная работа на эргографе

в течение нескольких часов без утомления. При этом он руководился аналогией с дыхательными движениями. Он остановился на 20 подъемах в минуту при нагрузке 1,4 кг. Упражнение дало возможность производить работу без утомления до 4 часов (4 800 подъемов).

В дальнейшем И. М. Сеченов поставил перед собой другую задачу: установить наиболее выгодные способы отдыха для ликвидации утомления. Снова он произвел эксперимент на самом себе на специально сконструированном эргографе: груз — 3,4 кг, ритм — 20 подъемов в минуту. Он сравнивает на утомленной руке результаты двух влияний—простого, пассивного отдыха и отдыха той же продолжительности, но активного, связанного с работой другой руки, и пришел к неожиданному результату: наиболее действенным оказался не временный покой работающей руки, а покой, даже более кратковременный, но связанный с работой другой руки (рис. 2).

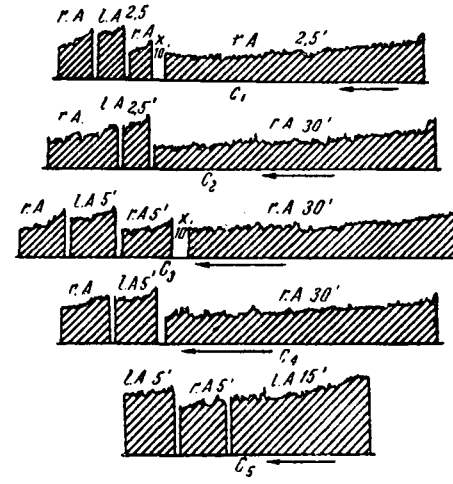


Рис. 2. Действие на утомленную руку пассивного и активного отдыха
Условные обозначения: *rA* — работа правой руки; *lA* — работа левой руки; *x* — пассивный отдых

Обнаружив это явление, Сеченов высказал предположение, что причиной сравнительно быстрого снятия утомления являются «ощущения, сопровождающие движения другой руки». С целью проверки этого положения он использовал два новых варианта: во-первых, испытывал влияние на восстановление работоспособности утомленной подъемами груза руки отдыха, сочетанного с движениями ноги, и, во-вторых, испытывал эффективность легкой тетанизации кожи неработающей руки.

Оба способа дают положительный эффект в смысле прироста работоспособности (рис. 3 и 4).

Таким образом, И. М. Сеченов в простой и отчетливой форме выявил ведущую роль центральной нервной системы в развитии и устранении явлений утомления. Перекликаясь с исследованиями, вышедшими из лаборатории его ученика И. Р. Тарханова, И. М. Сеченов в другой вариации эксперимента подчеркнул роль сигнализации с проприоцептивных и кожных рецепторов для стимулирования работоспособности. Помимо теоретического интереса, эти исследования И. М. Сеченова имеют и практическое значение, подчеркивая значимость темпа, нагрузки и активного отдыха в борьбе с утомлением. Блестящий экспериментатор, выдающийся теоретик и мыслитель, первый в мире установивший присутствие торможения в центральной нервной системе — процесса, играющего важнейшую роль во всяком координационном акте, И. М. Сеченов дал выдающиеся образцы синтеза теории с практикой. Его последние научные поиски, предпринятые незадолго до смерти, получили дальнейшее развитие в трудах советских физиологов.

По отношению к этим опытам И. М. Сеченова и И. Р. Тарханова, которые привели к современному пониманию важной роли афферентной сигнализации — experimentum crucis является известный эксперимент Л. А. Орбели и К. И. Кунстман с устранением поступления потока проприоцептивных импульсов в спинной мозг с деафферентацией конеч-

ности собаки. При этом координационные отношения в центральной нервной системе резко нарушались.

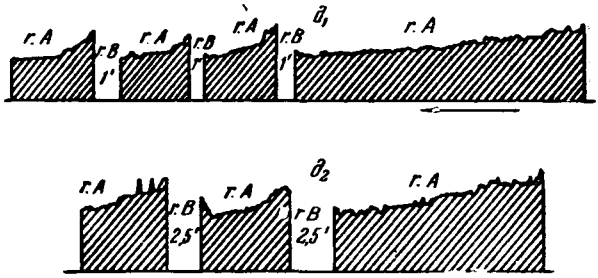


Рис. 3. Действие на утомленную руку пассивного и активного отдыха
Условные обозначения: *rA* — работа правой руки; *rB* — работа правой ноги; *rB* — работа левой ноги

Следующий вопрос, получивший разрешение в исследованиях отечественных физиологов, — об относительной устойчивости к утомлению различных звеньев рефлекторного пути. Н. Е. Введенский, сближавший периферические синапсы с интрацентральными, предпринял исследования (1906—1912), позволившие установить, что утомлению более

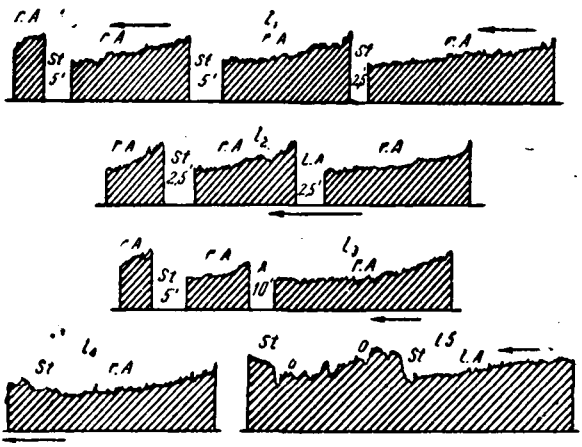


Рис. 4. Влияние на кривую утомления раздражения кожных рецепторов
Условное обозначение: *St* — тетанизация кожи

подвержены афферентные приборы, эфферентные же сохраняют гораздо бо́льшую устойчивость. Он вел наблюдение за изменениями рефлекторной деятельности спинного мозга при раздражении афферентных нервов. Сокращение сгибателей колена (полусухожильной мышцы) может быть вызвано раздражением центрального конца малоберцового или большеберцового нерва. Тетаническое раздражение афферентного нерва вызывает рефлекторное сокращение соответствующей мышцы. Вследствие утомления рефлекторное сокращение довольно быстро затухает. Но если теперь присоединить раздражение нерва-синер-

гиста, рефлекторное сокращение мышцы восстанавливается с прежней силой (рис. 5).

Для анализа этого факта надо учесть, что, во-первых, нервные волокна, как двигательные, так и чувствительные, практически неутомимы; во-вторых, характерной особенностью структуры центральной нервной системы является относительное изобилие сензорных приборов по сравнению с моторными, так что к одному и тому же двигательному нейрону подходит много приводящих сензорных путей и приборов (Шеррингтон). Отсюда опыты Н. Е. Введенского заставляют признать, что конечный общий путь при затухании рефлекса в результате тетанического раздражения афферентного нерва сохраняет нормальную проводимость. Иначе рефлекторное сокращение не могло бы возобновиться с прежней силой при присоединении раздражения другого афферентного нерва. Возможно, что функциональные сдвиги, ведущие к понижению дееспособности на периферии, при этом происходят во вставочном аппарате между афферентными и эффекторными нейронами.

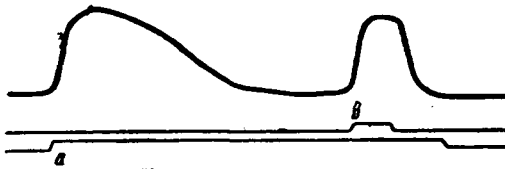


Рис. 5. Линия *а* показывает время раздражения одного афферентного нерва, рефлекторно вызывающего сокращение мышцы (отметка *а*). Когда это сокращение исчезает („утомление" в центральных невронах), применяется раздражение другого афферентного нерва (отметка *b*). Рефлекторное сокращение мышцы сразу же восстанавливается (по Ухтомскому)

Таким образом, в мышлении отечественных физиологов все более и более укрепляется концепция, что утомление — переходящее состояние нарушений в слаженном течении физиологических процессов — есть результат тонких функциональных сдвигов в сложном регуляторном аппарате. Эти нарушения могут иметь место в различных звеньях этого аппарата. У человека принцип кортикализации функций, переноса функций управления, контроля и регуляции в кору больших полушарий выражен наиболее ярко. У человека резко преобладают приобретенные формы поведения, связанные с корковой деятельностью. Поэтому у человека в развитии утомления существенное значение играет преходящее снижение дееспособности мозговых корковых клеток как высшего уровня нервных и гуморальных интеграций. События же на периферии, в эффекторах, во внутренней среде, связанные с изменениями в ходе метаболизма, играют соподчиненную роль, питая и поддерживая нарушения, наступающие в работе регуляторного аппарата и отражая в свою очередь эти последние.

Утомление — процесс, не однозначный на все случаи жизни. Картина утомления меняется в зависимости от качества работы, продолжительности, темпа, приспособленности, состояния индивидуума и т. д.

В утверждении этой концепции в отечественной физиологии, отводящей организующую роль в развитии явлений утомления нервной системе, но вместе с тем рассматривающей сложный синдром утомления в различных его вариациях с позиций синтетических представлений о целостном организме, существенную роль сыграли представления Павлова.

И. П. Павлов специально не занимался вопросами утомления. Но как великий экспериментатор и мыслитель, впервые в истории естествознания подошедший с физиологическими методами к познанию внутренних механизмов деятельности коры мозга, он оставил в своем научном наследии ценные для нас мысли об утомлении. «Вопрос: как рассматривать вопрос об утомлении? Ответ: утомление есть один из

автоматических внутренних возбудителей тормозного процесса»[1]. Тем самым И. П. Павлов подчеркивает единство нейрогуморальных факторов в генезе утомления.

Страстный поборник внедрения в физиологию синтетического мышления и синтетических методов исследования, заложивший фундамент современной синтетической физиологии в ее самых трудных разделах, И. П. Павлов представляет утомление как процесс, являющийся результатом функциональных сдвигов и в нервной системе, и во внутренней среде. Эти изменения, по Павлову, взаимно связаны.

Павловское представление, что «утомление вызывает торможение», разделяют не все физиологи. Школа Введенского-Ухтомского возражает против сведения утомления к торможению.

И. П. Павлов считает, что у человека при утомлении в результате дневной деятельности изменяется динамика нервного процесса в сторону преобладания торможения в самом высшем отделе коры, во второй сигнальной системе действительности, свойственной только человеку. Тонко диференцированная мозговая клетка имеет свой предел работоспособности, в зависимости от типа нервной системы, свой предел функционального напряжения, за которым наступает торможение клеточных функций, торможение запредельное, охранительное, предохраняющее клетку от патологических функциональных сдвигов.

Таковы те синтетические представления, которые сделали целеустремленным последующий анализ и послужили исходными позициями для дальнейшего прогресса в нашей стране знаний по проблеме утомления, прогресса, связанного уже с нашим временем и замечательными исследованиями одного из крупнейших представителей современной физиологической науки — акад. Л. А. Орбели.

Поставленные с более широкими замыслами, а не по частной проблеме утомления, они привели к ряду новых открытий об адаптационно-трофической роли вегетативной нервной системы и, в частности, ее симпатического отдела, внесли радикальные изменения в представления о роли мозжечка как дублера вегетативной нервной системы и важнейшего стабилизатора жизненных процессов и, наконец, вскрыли возможность передачи адаптационно-трофических влияний по сензорным волокнам задних корешков.

Замечательно, что основные эффекты, послужившие базой для дальнейшего развития учения акад. Л. А. Орбели, были получены на фоне утомления, на фоне снижения функциональной деятельности физиологического прибора (классический феномен Орбели-Гинецинского). Тем самым эти исследования школы акад. Л. А. Орбели пролили новый свет и на значение отдельных звеньев сложного нейрогуморального аппарата в развитии и ликвидации явлений утомления.

Для рассматриваемого отрезка исторического пути становления наших знаний по проблеме утомления свойственны две тенденции: во-первых, стремление связать явления утомления в основном с нервной системой. Выдающиеся же успехи отечественной физиологии в вопросах физиологии центральной нервной системы, завершенные учением о высшей нервной деятельности, определили значительный прогресс в теоретических представлениях об утомлении именно в отечественной физиологии.

Во-вторых, стремление объективным путем вскрыть закономерности, характерные для феномена утомления. Однако, когда физиологи подошли к попыткам дать правильное представление об утомлении у человека, эта тенденция, не учитывающая должным образом субъективного мира человека, превращалась в серьезный недостаток.

---

[1] И. П. Павлов, Полное собрание трудов, т. I, стр. 421, 1940.

«Для меня процесс мысли, идеальное,—писал Маркс,—есть не что иное, как материальное, пересаженное в человеческую голову и преобразованное в ней».

Значит субъективный мир и объективно наблюдаемые в центральной нервной системе явления представляют различные стороны единого материального процесса.

В. И. Ленин в книге «Материализм и эмпириокритицизм» писал: «Материя есть философская категория объективной реальности, которая дана человеку в ощущениях его, которая копируется, фотографируется, отображается нашими ощущениями, существуя независимо от них».

И в своих «Философских тетрадях» В. И. Ленин подчеркивал необходимость детального изучения органов чувств [1].

Стало быть, в деле научного целостного изучения центральной нервной системы у человека необходимым звеном является сопоставление физиологии центральной нервной системы с физиологией органов чувств.

Лидер современной отечественной физиологии Л. А. Орбели, стоя на позициях диалектического материализма, в течение многих лет настойчиво подчеркивает необходимость при изучении закономерностей в центральной нервной системе использовать не только объективные, но и субъективные методы исследования. «Мы сейчас достигли того уровня знаний, когда не может быть речи о раздельном изучении субъективного и объективного мира, и мы стоим перед моментом, когда физиологи обязаны включить в круг своих исследований не только объективно наблюдаемые явления, но и явления субъективного мира, когда физиологи для построения основных законов деятельности центральной нервной системы обязаны использовать как субъективный, так и объективный методы исследования» [2].

Эти обобщения, несомненно, полностью приложимы и к дальнейшим исследованиям по проблеме утомления у человека.

★

Полковник мед. службы А. Ф. КОБЗЕВ

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ И ОРГАНИЗАЦИОННОЙ РАБОТЫ ВОЙСКОВЫХ ВРАЧЕЙ В МИРНОЕ ВРЕМЯ

В годы Великой отечественной войны военные врачи на деле доказали свою беспредельную преданность родине, большевистской партии, правительству и советскому народу. Они с большим искусством и умением в самых разнообразных условиях современного сложного боя организовывали медицинскую помощь пострадавшим в бою и больным воинам Советской Армии.

Этой плодотворной работой на войне военные врачи стяжали себе уважение, любовь и всеобщее признание со стороны воинов Советской Армии и всего советского народа.

Уже прошло более 2 лет со дня окончания победоносной войны, в течение которых части и соединения Советской Армии полностью переключились на мирную учебу. Военные врачи в новых условиях мирной обстановки организуют их медицинское обеспечение. Однако опыт работы в этих условиях показывает, что ряд трудностей в меди-

---

[1] В. И. Ленин, Собрание сочинений, т. XIII, стр. 37.

[2] Акад. Л. А. Орбели, Физиологический журнал СССР, т. XXXII, № 1, стр. 5—13, 1946.

цинском обеспечении войск зависит главным образом от недостатка знаний и навыков военных врачей.

Война наложила отпечаток на здоровье не только ее участников — личного состава Советской Армии, но и населения страны, в частности, призывных контингентов.

В период войны военнослужащие находились в разнообразных и крайне тяжелых условиях походно-боевой жизни. В одних случаях эти условия способствовали закаливанию организма военнослужащих, в других — приводили к проявлению ранее скрытых дефектов их здоровья, возникновению и развитию новых заболеваний, так как неизбежное на войне физическое и нервное напряжение, недосыпание, нерегулярность в питании и отдыхе, пребывание на холоде, в сырости вредно влияли на состояние здоровья воинов Советской Армии. Необходимо также иметь в виду присутствие в частях войск некоторой части бойцов, перенесших ранения, а также переживших нечеловеческие условия немецкого плена или жизнь на временно оккупированной врагом территории, что в значительной степени подорвало их здоровье.

Обычно во время войны военные врачи большей частью занимались лечением тех больных, которые прибывали на медицинские пункты. Теперь, в мирное время, войсковым врачам необходимо самим выявлять в подразделениях военнослужащих с явными и скрытыми пороками здоровья, брать их на учет и лечить в медицинских пунктах частей и соединений.

Такой активный метод работы должен стать сейчас основным видом деятельности войсковых врачей в частях.

Особенно важно проводить предписанные Уставом внутренней службы ежемесячные медицинские (врачебные) осмотры личного состава войск, его санацию, а также диспансеризацию офицерского состава. Врачебные осмотры и диспансеризацию нужно тщательно и хорошо организовать и проводить с применением антропометрической аппаратуры, рентгеновских и лабораторных исследований. В необходимых случаях обслуживающий врач должен пользоваться консультацией специалистов.

Метод профилактических врачебных осмотров, диспансеризации и санации полностью избавит войсковых врачей от неожиданных «открытий» тяжелых, запущенных заболеваний, иногда выявляемых на амбулаторных приемах; позволит им наиболее рационально, а главное, планово проводить лечение больных в амбулатории и стационаре части, широко применять свои медицинские знания на практике. Врачебные осмотры открывают возможность для лечебного совершенствования и роста войсковых врачей, поднимут их авторитет у командования и у воинов Советской Армии.

В мирной обстановке медицинский пункт полка перестает быть только этапом эвакуации, он становится важным звеном в лечении больных. Следовательно, основой лечебно-профилактической работы войсковых врачей в мирное время становится активное и раннее выявление заболеваний, их точная диагностика, правильная и своевременная организация лечения в медицинском пункте части и устранение причин, порождающих возникновение тех или других заболеваний. Задача войскового врача состоит в том, чтобы своевременно направить в гарнизонный госпиталь нуждающихся в лечении там. Отсюда возникает острая необходимость в том, чтобы войсковой врач был прежде всего врачом-лечебником и обладал достаточными знаниями в области общей терапии, общей хирургии, а также хорошо и во всех деталях представлял себе условия военного труда и быта, знал все способы закаливания организма и все факторы, ведущие к ослаблению его.

Мы считаем, что войсковой врач по уровню своих медицинских знаний и навыков должен подходить к бывшим земским, а ныне участковым врачам, которые умело справляются с диагностикой и лечением разнообразных заболеваний и самостоятельно решают в своей практической работе все лечебно-профилактические вопросы.

Не исключая возможности привлечения в помощь войсковым врачам военных или гражданских специалистов, мы придерживаемся той точки зрения, что войсковым врачам необходимо предоставлять больше самостоятельности в медицинской работе. Многим известно положение, что «переадресовка» больных из войсковых частей к специалистам гарнизонных поликлиник или военных госпиталей на так называемую «консультацию», часто практикуемую в крупных городах, во многих случаях приводит врачей войсковых частей к потере чувства ответственности за лечебную работу, а нередко и к деквалификации.

Нам кажется, что теперь особенно необходим твердый контроль за лечебной работой врачей войсковых частей, ограничение показаний к направлению на консультацию и установление твердого порядка в деле направления больных к специалистам гарнизона.

Наряду с этим, необходимо обеспечить врачей войсковых частей достаточным количеством медико-санитарного имущества и аппаратурой, а также предоставить надлежащие коммунально-бытовые условия для развертывания полноценной лечебной работы внутри войсковой части.

Бывают еще случаи, когда медицинские пункты войсковых частей развертывают в случайных, недостаточно приспособленных помещениях, малых по размеру, неудобных и неблагоустроенных. Мебелью, кроватями, постельными принадлежностями и хозяйственно-бытовыми предметами они иногда полностью не обеспечиваются.

Если с этими недостатками еще можно было мириться во время войны, в походно-боевой обстановке, то теперь эти ненормальности недопустимы, они мешают улучшению лечебной работы в войсках.

Штаты медицинской службы войсковых частей в мирное время, а также положенные нормы и табели оснащения позволяют организовать внутри части полноценную амбулаторную помощь, хороший стационар (полковой лазарет) на 10—20 коек, оказывать неотложную врачебную помощь, полноценно лечить терапевтических больных и применять все необходимые общие профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Наши наблюдения за условиями работы врачей войсковых частей в послевоенный период позволяют притти к выводу, что для нормальной работы медицинской службы полка необходимо отвести под медицинский пункт полка такие помещения, которые позволили бы иметь комнату для ожидающих амбулаторного приема, 2 комнаты для врачебных кабинетов, процедурную комнату, одну перевязочную, одну комнату для аптеки, не менее 2—3 комнат под стационар, комнату для изолятора, комнату для дежурного персонала, комнату для рабочего кабинета старшего врача полка. Кроме того, необходимы складские помещения для имущества медицинской части полка и для личных вещей военнослужащих, находящихся на лечении в стационаре.

Мы не будем вдаваться в подробности оборудования медицинского пункта полка и в детали его оснащения, но порекомендуем войсковым врачам некоторые практические мероприятия, которые помогут значительно улучшить медицинскую работу в части.

Ожидающим амбулаторного приема нужно предоставить возможность снять верхнее обмундирование и головные уборы, прочесть газету, журнал, популярные медицинские брошюры и памятки. На стенах комнаты для ожидающих должны быть санитарно-просветительные плакаты, санитарные доски или щиты, где в наглядной форме изобра-

жаются приемы оказания самопомощи и взаимопомощи в бою и при несчастных случаях, мероприятия по предупреждению заразных болезней, правила личной и коллективной гигиены и т. п.

Во врачебных кабинетах должно быть достаточно тепло и светло. В каждом кабинете нужно иметь кушетку, на которую можно было бы уложить больного для осмотра, вешалку для снимаемого больным обмундирования, несколько стульев, умывальник, стол, шкафчик с предметами, которые требуются для всестороннего врачебного обследования, справочную медицинскую литературу.

В комнате, предназначенной для отпуска лечебных процедур и медикаментов, должны быть столы и шкафы с набором медикаментов и инструментов, сосуды для ножных и ручных ванн, кушетки, табуреты, вешалка, умывальник и некоторые аппараты для физиотерапевтических процедур.

Комнату, предназначенную под перевязочную, следует оборудовать так, чтобы можно было производить амбулаторные операции и оказывать неотложную врачебную помощь в несчастных случаях.

В комнатах, предназначенных для стационара (полевого лазарета) и изолятора, все оборудование необходимо приспособить для лечения стационарных больных. Командование части должно предоставить лазарету лучшие кровати, матрацы, белье, одеяла, перовые подушки, мебель и посуду. Для больных нужно организовать приготовление пищи из лучших и наиболее свежих и полноценных продуктов, добавляя к обычному суточному рациону военнослужащих добавочные продукты подсобного хозяйства части.

Оборудование и оснащение остальных комнат обычное.

Отдельно следует отметить необходимость организации в медицинском пункте и в подразделениях войсковой части «скорой помощи».

В каждой роте, на кухне, в мастерских и других подразделениях должны быть аптечки скорой помощи с наборами медикаментов и с правилами пользования ими.

В самом медицинском пункте части необходимо иметь в постоянной готовности сумку скорой помощи для оказания помощи пострадавшим при несчастных случаях где-либо на территории части и шкаф или тумбочку с набором медикаментов, инструментов и прочих предметов, предназначенных для оказания срочной помощи пострадавшим, доставленным на медицинский пункт.

Помимо этого, в медпункте должен быть специальный ящик для подразделений полка, проводящих занятия вне части, и небольшой чемоданчик или врачебная сумка, предназначенные для врачей, обслуживающих по вызову офицеров и членов их семей на квартирах.

Набор медикаментов, инструментов и имущества в сумках, шкафах, ящиках и в аптечках скорой помощи определяет старший врач полка, а контроль за сохранностью этого имущества, своевременным пополнением и постоянной готовностью его возлагается на начальника аптеки.

Для повышения квалификации войсковых врачей необходимо предоставить им время на систематическую лечебную работу в гарнизонном госпитале, поликлинике, больнице под руководством опытных специалистов, а также обеспечить войсковых врачей медицинской литературой и пособиями. Большую пользу в совершенствовании войсковых врачей могут принести научные конференции и учебные сборы в соединениях и в округах по лечебным вопросам.

Войсковой врач и войсковая медицинская служба приобретают в мирное время особенно важное значение и место в общей системе лечения больных воинов Советской Армии. От знаний, опыта врача и правильности диагноза часто зависит успех дальнейшего лечения. Поэтому-то так необходимо повышение знаний и лечебной квалификации войсковых врачей.

Полковник мед. службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945)

17. Повреждения черепа и головного мозга

(Продолжение[1])

Указания по классификации и первичной обработке открытых черепно-мозговых ранений, М., Медгиз, 24 стр., 1942 (ГВСУ Красной Армии).

Указания по распознаванию, эвакуации и лечению закрытых повреждений черепа, б. м., 7 стр., 1942 (Санитарное управление Западного фронта).

Успенская В. Э., Вегетативно-эндокринные изменения при закрытых травмах головы, Клиническая медицина, 21, 9, 1943.

Успенская В. Э., Дискуссия о восстановлении функций после травм центральной нервной системы, в кн. Военная медицина за рубежом, в. 3, М., стр. 93—99, 1942.

Уфман Ю. М. и др., Хронические наблюдения при огнестрельных черепных ранениях, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1—2, 1944.

Фаворский Б. А., Изменения центральной нервной системы в связи с повреждением периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.

Федоров В. К., Основные физиологические механизмы посткоммоционной глухонемоты, в кн. Труды Военно-морской медицинской академии, т. 3, ч. 1, Л., стр. 106—115, 1944.

Федоров В. К., Функциональная глухонемота после коммоции и контузии головного мозга, в кн. Сборник работ госпиталей Горьковского облздрава, Горький, стр. 158—163, 1944.

Фелинская Н. И., Синдром псевдодеменции при травмах мозга, в кн. Проблемы судебной психиатрии, в. 4, М., стр. 91—101, 1944.

Фенелонов А. Л. и др., Некоторые замечания к клинике и лечению абсцессов мозга при проникающих черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии, 5, 1942; Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.

Фетисов А. Г., Абсцессы мозга при костных дефектах черепа после огнестрельных ранений, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа, Красноярск, Воениздат, стр. 263—265, 1944.

Фольборт Г. В., Комплексный анализ явлений, наблюдаемых при травмах нервной системы, Врачебное дело, 3—4, 1945.

Фукс Б. А., Гнойновоспалительные и гнойносептические осложнения проникающих черепно-мозговых ранений, в кн. Сборник научных работ, в. 2, Киев, Госмедиздат, стр. 27—36, 1945 (Киевский окружной военный госпиталь).

Фукс Б. А., Открытые огнестрельные черепно-мозговые повреждения и тактика хирурга на этапах глубокого тыла, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа, в. 3, Красноярск, стр. 247—254, 1944.

Футер Д. С., Остеомиэлит черепа при огнестрельных черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии, 8, 6, 1944.

Ханамиров А. Р., Трансмаксиллярный подход к подвисочной ямке для удаления инородных тел, в кн. Бюллетень рационализаторских предложений, в. 1, М., стр. 6—8, 1944 (Военно-санитарное управление 1-го Прибалтийского фронта).

Хандрикова О., Взаимоотношение персонала с больными при черепно-мозговых ранениях, Медицинская сестра, 7—8, 1944.

Харитонов С. А., Об изменениях в центральной нервной системе и в органах чувств при ранениях периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 6, 1945.

Ходос Х. Г., Травматические повреждения и огнестрельные ранения нервной системы, Иркутск, Иркутоблиздат, 207 стр. с илл., 1943. Библиогр.

Холявкин А. Д., О травматических кровоизлияниях в головном мозгу, Невропатология и психиатрия, 11, 4, 1942.

[1] См. ВМЖ, № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Хорошко В. К., Вопросы организации комплексного лечения и восстановления трудоспособности при травматических повреждениях нервной системы военного времени, Невропатология и психиатрия, 13, 4, 1944.
Хорошко В. К., Невропатологические синдромы при травмах головного мозга, Клиническая медицина, 5—6, 1942.
Цильман Э. Г., О переломах основания и свода черепа при ранениях носа и придаточных полостей, в кн. Труды 1-й и 2-й конференции ото-ларингологов РСФСР, М., стр. 124—129, 1945.
Чернорук В. Г., Стойкие и отдаленные последствия травмы головы в психической личности, Вопросы социальной и клинической невропатологии, 6, 1941.
Чехович Я. И., Тревожно-депрессивные (дистимические) галлюцинаторно-параноидные синдромы при травмах головного мозга, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 53—54, 1942.
Чистович Н. С., Об анаэробной инфекции при огнестрельных ранениях мозга. (По материалам ППГ), Вестник хирургии им. Грекова, 65, 1, 1945.
Чугунов С. А., Вегетативные расстройства и их динамика при закрытых травмах черепа, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 1—2, 1941.
Чугунов С. А., К вопросу о лечении мозговых ранений. (Предварительное сообщение.), Вопросы нейрохирургии, 1—2, 1942.
Чугунов С. А., Неврологические синдромы при лице-черепных ранениях, Вопросы нейрохирургии, 9, 5, 1945.
Шавинер Н. И., Гемато-энцефалический барьер при экспериментальном сотрясении мозга, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 3, 1944.
Шамов В. Н., Некоторые принципы лечения инфицированных ран головного мозга, Военно-санитарное дело, 4—5, 1942.
Шамов В. Н., Организация лечебной помощи при огнестрельных ранениях черепа и мозга, Военно-санитарное дело, 1—2, 1942.
Шамовская Э. З. и др., Некоторые наблюдения над изменениями спинномозговой жидкости, глазного дна и нервной системы при военных травматических поражениях головного мозга. В кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа, Красноярск, Воениздат, стр. 268—274, 1944.
Шарапов В. И., Острые травматические повреждения головного и спинного мозга. (Клиника, патологическая анатомия и консервативное лечение). Л., 86 стр. с илл., 1941 (Сталинградский государственный медицинский институт).
Шарапов В. И. и др., К симптоматологии травматического повреждения синусов головного мозга, Вопросы нейрохирургии, 7, 5, 1943.
Шаргородский Л. Я., Основные осложнения при травмах и ранениях головного мозга и их лечение, Ташкент, 32 стр., 1942 (НКЗдрав Узбекской ССР. Ташкентский медицинский институт им. В. М. Молотова. В помощь военному врачу).
Швецов С. П., О чувствительных расстройствах при огнестрельных ранениях лобных долей мозга. (Паростатический — вазомоторный синдром.), Невропатология и психиатрия, 13, 4, 1944.
Шерешевский Г. М., О газовой гангрене мозга, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Шершевская О. И., Сосудистые реакции сетчатки при черепной травме военного времени, Невропатология и психиатрия, 18, 6, 1944; Вестник офталмологии, 23, 2, 1944.
Шершевская О. И. и др., К вопросу о некоторых зрачковых расстройствах при боевой травме черепа, Вестник офталмологии, 22, 6, 1943.
Шершевская О. И. и др., К вопросу о нервно-сосудистых реакциях при черепной травме военного времени, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944
Шефер Д. Г., Лечение огнестрельных ранений черепа в госпиталях Уральского военного округа, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 9—17, 1943.
Шефер Д. Г., Оперативные вмешательства на боковых желудочках при огнестрельных ранениях черепа и мозга, Вопросы нейрохирургии, 7, 5, 1943.
Шефер Д. Г., Остеомиэлиты черепа после огнестрельных ранений, Вопросы нейрохирургии, 7, 2, 1943.
Шефер Д. Г., Симптом болезненности кости при ранениях мягких тканей черепа, Вопросы нейрохирургии, 9, 5, 1945.
Шефер Д. Г., Слепые ранения черепа и мозга, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 1, Свердловск, стр. 90—98, 1942.
Шефер Д. Г. и др., Огнестрельные ранения черепа и мозга, в кн. Сборник научных работ по лечению огнестрельных ранений и отморожений в госпиталях глубокого тыла, Свердловск, стр. 93—103, 1901.
Шильников Л. А., «Кашлевые толчки» и сжатие яремных вен как эффективные физиологические способы при хирургическом лечении ранений, гематом и гнойников мозга, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 53—57, 1944 (ГВСУ Красной Армии).

Шипачев В. Г. и др.. К патологии поздних гнойников головного мозга при огнестрельных повреждениях. (О вторичных изменениях в капсуле гнойника мозга), Вопросы нейрохирургии, 7, 6, 1943.
Шиханов В. И., О способе удаления инородных тел из головного мозга под контролем рентгеновского экрана, в кн. Из опыта медико-санитарной службы Краснознаменного Балтийского флота, М.—Л., стр. 59—61, 1945.
Шкловский Д. Е., К вопросу о сроках операции при огнестрельных ранениях черепа, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.
Шлыков А. А., Огнестрельные ранения мозжечка, Вопросы нейрохирургии, 7, 5, 1943.
Шлыков А. А., Применение эмульсий стрептоцида и сульфидина при черепно-мозговых ранениях, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 2, М., стр. 50—61, 1943; Вопросы нейрохирургии, 7, 6, 1943.
Шмарьян А. С., Основные вопросы клиники травм головного мозга, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 17—31, 1942.
Шмелькин Д. Н., К диагностике открытых черепно-мозговых повреждений в войсковом и армейском районах, Вопросы нейрохирургии, 8, 6, 1944.
Шмидт Е. В., Неврологическая симптоматика огнестрельных ранений черепа, Невропатология и психиатрия, 6, 1943.
Шмидт Е. В., Синдромы поражения премоторной и моторной зоны при огнестрельных ранениях черепа. (К вопросу о пирамидном синдроме.), Вопросы нейрохирургии, 6, 1942.
Шмуклер Б. Я., О реимплантации свободных костных отломков при открытых повреждениях черепа, Хирургия, 6, 1944.
Шокина А. В., К клинике и терапии коммоционно-контузионных логопатий, в кн. Сборник трудов Ленинградского научно-исследовательского института по болезням уха, носа, горла и речи, т. 7, Л., стр. 83—88, 1944. Библиогр.
Шпак В. М., Осмотерапия повышенного внутричерепного давления смесью «магнад», в кн. Сборник научных работ Киевского окружного военного госпиталя, в. 2, Киев, Госмедиздат, стр. 132—136, 1945.
Шпак В. М., Послекоммоционное состояние по материалам нейрохирургического отделения госпиталя, в кн. Бюллетень научной конференции Центрального института психиатрии, Томск, стр. 47—48, 1942.
Шпак В. М., Состояние мозга по материалам тылового эвакогоспиталя, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, Рефераты, в. 1, М., стр. 124, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
Штейнвиль Н. С., Боевая травма центральной нервной системы и ее варианты, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Штейнвиль Н. С., Уход при черепно-мозговой травме, Медицинская сестра, 10, 1943; Фельдшер и акушерка, 5—6, 1943.
Штерн И. Б., Гистопатология травматических абсцессов мозга, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловск, стр. 46—50, 1943 (Санотдел Уральского военного округа).
Шубин Н. В., Клиника и лечение огнестрельных черепно-мозговых повреждений и их особенности, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей Сибирского военного округа, Красноярск, Воениздат, стр. 254—272, 1944.
Эдельштейн А. О., Проблема травматических повреждений головного мозга в свете военно-психиатрической экспертизы, в кн. Травмы нервной системы, Уфа, стр. 34—37, 1942; Вопросы военной невропсихиатрии, М., стр. 229—233, 1943.
Эдельштейн А. О., Травмы нервной системы. (Сессия Всесоюзного общества невропатологов и психиатров.), Невропатология и психиатрия, 11, 5, 1942.
Эйдинова М. Б., Литературный обзор о набухании и отеке мозга, Невропатология и психиатрия, 4, 1941.
Эмдин П. И., Закрытые черепно-мозговые повреждения и психогенные феномены, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 400—402, 1943.
Эмдин П. И., Открытые черепно-мозговые ранения, в кн. Военная медицина глубокого тыла в Отечественную войну, Ташкент, стр. 313—317, 1943.
Эмдин П. И., Поздняя стадия черепно-мозговых ранений (3 и 4 фазы), Невропатология и психиатрия, 13, 4, 1944.
Эмдин П. И., Четыре фазы мозгового ранения, Вопросы нейрохирургии, 7, 1, 1943.
Энштейн А. Л., Опыт обоснования объективной методики неврологического исследования при экспертизе отдаленных последствий закрытых травм черепа, в кн. Сборник трудов психоневрологического госпиталя, Иваново, стр. 9—18, 1945.
Эпштейн П. Д., Церебральные явления при огнестрельных ранениях периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Юдин Т. И., Закрытые повреждения черепа. Контузии, коммоции, психогенные травматические заболевания; их клиника: диференциальная диагностика, течение, исход, лечение. (По разделу «Огнестрельные повреждения центральной и пери-

ферической нервной системы».), М., Медгиз, 3 стр., 1942 (Главное управление эвакогоспиталей НКЗдрава СССР).
Юдин Т. И., Инертность, аспонтанность при травмах головного мозга, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны. (Травматические поражения центральной и периферической нервной системы.), Тюмень, стр. 81—91, 1943 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 13).
Юдин Т. И., Коммоции, в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны, в. 2, Свердловок, стр. 72—79, 1943.
Юдин Т. И., Коммоционная болезнь. (История, патогенез, симптоматика, течение, диференциальная диагностика, лечение.), в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны. (Травматические поражения центральной и периферической нервной системы.), Тюмень, стр. 31—66, 1943 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 12).
Юдин Т. И., Контузии. (Не проникающие в череп травмы, клиническая картина, течение, отличие от коммоции.), в кн. Санитарная служба в дни Отечественной войны. (Травматические поражения центральной и периферической нервной системы.), Тюмень, стр. 123—147, 1943 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 12).
Юдин Т. И., Психические расстройства в связи с травмой головы, в кн. Вопросы нейротравматологии и психоневрологии, в. 1, Харьков, стр. 9—23, 1941.
Ямпольский Н., Вторичный шов при проникающих черепно-мозговых ранениях, Хирургия, 5, 1945.
Ямпольский Н., Применение цититона в нейрохирургической практике, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.
Ярицын А. А., Нейрохирургическая помощь черепно-мозговым раненым в госпиталях N-ской армии, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., стр. 65—70, 1944 (Санитарное управление Ленинградского фронта).

★

18. Повреждения позвоночника и спинного мозга

Аронович Г. Д., Коммоционно-контузионные синдромы спинного мозга при боевых травмах, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.
Аронович Г. Д., Травмы спинного мозга при огнестрельных челюстно-лицевых ранениях (конференции невропатологов и психиатров эвакогоспиталей по травмам нервной системы в Омске 18 июля 1942), Невропатология и психиатрия, 12, 1, 1943.
Бабчин И. С. и др., Повреждения позвоночника, спинного мозга, его оболочек и корешков, в кн. Основы практической нейрохирургии, Л., стр. 309—339, 1943.
Бабчин И. С. и др., Первая хирургическая помощь при огнестрельных ранениях центральной и периферической нервной системы, Л., Медгиз, 76 стр. с илл., 1941.
Бакулев А. Н., Лечение огнестрельных ранений позвоночника и спинного мозга, Хирургия, 3, 1944.
Бакулев А. Н., Огнестрельные ранения позвоночника и спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
Барзунова А. С., О психозах при экстрацеребральных ранениях, Проблемы психиатрии и невропатологии, 5, 1944.
Баршай М. С., Ранения позвоночника с повреждением спинного мозга, Хирургия, 4, 1945.
Бергер И. А., Социальное значение травматических заболеваний центральной нервной системы и организация помощи травматикам, Невропатология и психиатрия, 11, 1—2, 1942.
Боготина Ц. Я., Экстрамедуллярные опухоли (клиника, гистология и хирургическое лечение), Горький, 124 стр. с илл., 1941.
Боевая травма нервной системы, Киров, Военмориздат, 46 стр., 1943 (Военно-медицинская академия).
Бондарчук А. В., Об удалении огнестрельных снарядов из позвоночного канала, Вестник хирургии им. Грекова, 1, 1941.
Бондарчук А. В., Огнестрельные ранения спинного мозга и их хирургическое лечение, Вопросы нейрохирургии, 1, 1941.
Бондарчук А. В., Первая хирургическая помощь при огнестрельных ранениях позвоночника, спинного мозга, его оболочек и корешков, в кн. Бабчин И. С. и др., Первая хирургическая помощь при огнестрельных ранениях центральной и периферической нервной системы, Л., стр. 37—66, 1941.
Бондарчук А. В., Повреждение позвоночника и спинного мозга военного времени, в кн. Бондарчук А. В., Основы военно-полевой нейрохирургии, Л., стр. 161—199, 1942.
Бондарчук А. В. и др., Огнестрельные ранения спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 5, 3, 1941.

★

СОДЕРЖАНИЕ

Тридцатилетие Великого Октября 3
Полковник мед. службы И. Д. Макаров и полковник мед. службы Я. И. Акодус. К тридцатилетию советской военной медицины 12
Полковник мед. службы Т. И. Маслинковский. Санатории и дома отдыха Вооруженных Сил СССР к тридцатой годовщине Октября 25
Генерал-майор мед. службы проф. Д. Н. Лукашевич и подполковник мед. службы доц. А. Я. Скороходов. Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова 30
Подполковник мед. службы В. Б. Фарбер. С. П. Боткин — основоположник и организатор школы отечественной научной клинической медицины 38
Полковник мед. службы проф. Д. Е. Розенблюм. Отечественная физиологическая мысль в вопросах утомления 51
Полковник мед. службы А. Ф. Кобзев. Некоторые вопросы лечебной и организационной работы войсковых врачей в мирное время 61

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Отечественной войны (1941—1945) 65

★

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Редактор *Н. И. Завалишин* Техн. редактор *А. Ф. Аксенов*

Издается с 1823 г. Сдано в произв. 25/X 1947 г. Подп. к печ. 25/XI 1947 г.
Г 82431. Ф. бум. 70×108/16. Печ. л. 4,25. Учетно-изд. л. 6,2. Зн. в 1 п. л. 65 000.
[redacted] Цена 2 руб. Заказ 666.

13-я тип. треста «Полиграфкнига» ОГИЗа при Совете министров СССР
Москва, Денисовский, 30

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

12

ДЕКАБРЬ

МЕДГИЗ · 1947

СОДЕРЖАНИЕ

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ

Подполковник мед. службы проф. И. Л. Крупко. Восстановительные операции в инфицированном очаге 3
Майор мед. службы кандидат мед. наук П. С. Садковский. Лечение проникающих ранений шеи в войсковом районе 9
Майор мед. службы Т. В. Путилин. Огнестрельные ранения бедра 15
Подполковник мед. службы В. М. Крейнин. Лечение пенициллином пиококковых заболеваний кожи 18

ВОПРОСЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Майор мед. службы М. Г. Тагиев. Опыт противоэпидемической работы инфекционного госпиталя в период Отечественной войны 1941—1945 гг. . . 23
Майор медицинской службы Н. С. Полянский. О течении инфекции, вызванной палочкой Бреслау у людей 28
Майор мед. службы Я. И. Яковлев. Способ стерилизации чашек Петри в походных условиях 31

ВОПРОСЫ ВОЕННОЙ ГИГИЕНЫ

Инженер-майор Е. И. Балашев. Использование пара для осветительных целей 32

ИЗ ИСТОРИИ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Подполковник мед. службы Е. М. Маргорин. „Памятка" (Memorandum) И. В. Буяльского 36

БИБЛИОГРАФИЯ

Полковник мед. службы И. Д. Макаров. Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны (1941—1945 гг.) (продолжение) . . 43
Перечень статей, рецензий, рефератов и объявлений, напечатанных в „ВМЖ" за 1947 г. 49

★

ГЛАВНОЕ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ВООРУЖЕННЫХ СИЛ СОЮЗА ССР

ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Редактор
генерал-лейтенант медицинской службы Н. И. ЗАВАЛИШИН

Зам. редактора
генерал-лейтенант медицинской службы А. Я. БАРАБАНОВ

Секретарь
полковник медицинской службы И. Д. МАКАРОВ

Члены редколлегии:

генерал-майор медицинской службы Ф. Ф. БЕРЕЗКИН,
генерал-майор медицинской службы Т. Е. БОЛДЫРЕВ,
генерал-майор медицинской службы М. С. ВОВСИ,
генерал-лейтенант медицинской службы Н. Н. ЕЛАНСКИЙ,
полковник медицинской службы С. А. ПОСПЕЛОВ,
генерал-майор М. И. РЕДЬКИН,
полковник медицинской службы В. В. СКВОРЦОВ,
генерал-майор медицинской службы Л. А. ХОДОРКОВ

12

ДЕКАБРЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ
МЕДГИЗ — 1947 — МОСКВА

Адрес редакции ВМЖ: Москва, 20

Редактор *Н. И. Завалишин* Техн. редактор *А. Ф. Аксенов*

Г82418. Издается с 1823 г. Сдано в пр-ство 30.IX.1947 г. Подп. к печати 19.XI.1947 г.
Форм. бум. 70 × 108 1/16. Печ. л. 3,25. Уч.-изд. л. 5,7. В 1 печ. л. 65 000 зн.
[redacted] Цена 2 р. Заказ 599.

13-я тип. треста „Полиграфкнига" ОГИЗа при Совете министров СССР.
Москва, Денисовский, 30

Подполковник мед. службы проф. И. Л. КРУПКО

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ИНФИЦИРОВАННОМ ОЧАГЕ[1]

Из кафедры ортопедии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова
(нач. кафедры — генерал-майор мед. службы проф. С. А. Новотельнов)

Немало свищей, образовавшихся на почве остеомиэлита при наличии деформации кости или ложного сустава, не заживает годами. В таких случаях показана восстановительная операция. Но так как остеомиэлитический процесс служит противопоказанием для такой операции, хирургическое лечение неправильно сросшихся или несросшихся огнестрельных переломов, осложненных остеомиэлитом, обычно производят в два этапа, разделенных друг от друга более или менее продолжительным промежутком времени. При этом секвестрэктомия предшествует восстановительной операции. Сроки заживления раны после секвестрэктомии, как известно, довольно неопределенны, а результаты не всегда благоприятны. К восстановительной операции можно приступить лишь через много месяцев после ликвидации остеомиэлита. Сокращение этого срока увеличивает риск вспышки дремлющей инфекции.

Разделение хирургического лечения неправильно сросшегося или несросшегося перелома, осложненного остеомиэлитом, на два этапа не всегда необходимо. Наши наблюдения показали, что при строгом соблюдении некоторых условий в ряде случаев секвестрэктомию можно совместить с восстановительной операцией на скелете. Эти условия можно формулировать следующим образом.

1. Дополнительная к трепанации и секвестрэктомии травма, наносимая здоровым участкам кости, должна быть минимальной.

2. Секвестрэктомию и восстановительную операцию одномоментно возможно производить только в случаях с хроническим вяло текущим остеомиэлитом.

3. Применение ауто- и гетеропластического материала недопустимо.

4. Полный отказ от наложения швов на операционную рану.

При соблюдении этих условий восстановительную операцию можно производить независимо от характера флоры свища. Трепанация и секвестрэктомия в той или иной степени повреждают, а часто разрушают вовсе заградительный барьер, созданный организмом и защищающий соседние ткани от инфекции. Однако, как правило, обострения и распространения остеомиэлитического процесса при этом не наблюдается. Очевидно, здесь сказывается влияние главным образом трех факторов: а) механической очистки очага от микробов и питающего их мертвого субстрата, б) воздействия общих иммунизирующих сил организма и в) свободного выхода отделяемого при незакрытой ране. Поэтому, если травма, наносимая восстановительной операцией здоровым участкам кости, минимальна, нет оснований ожидать осложнений.

Оставление в ране ауто- и гетеротрансплантатов противоречит одному из основных условий механической очистки очага от всего мертвого и отмирающего, служащего питательной средой для микроорганизмов. Практика подтверждает, что костная пластика с применением ауто- и гетеротрансплантата в инфицированных очагах всегда обречена на неудачу. Наиболее важное условие хирургического восстановле-

[1] Статья печатается в порядке обсуждения. Редакция.

ния дефектов скелета в инфицированном очаге — безоговорочный отказ от наложения швов на рану. Всего мы произвели 59 секвестрэктомий в сочетании с той или иной восстановительной операцией.

Операция секвестрэктомии, дополненная операцией остеотомии

В практике мы нередко встречаемся с такими случаями остеомиэлита, когда во время трепанации и секвестрэктомии неожиданно и при ничтожном насилии происходит перелом кости. Причина такого перелома — резкое истончение трепанированной кости. Каких-нибудь осложнений в подобных случаях в послеоперационном периоде мы не отмечали. Это и понятно, так как травма, вызывающая перелом, ничтожна, а степень дополнительного повреждения кости при этом немногим больше того, что требует трепанация и секвестрэктомия. Эти рассуждения вполне применимы к случаям огнестрельных переломов костей, осложненных остеомиэлитом, и прежде всего к переломам с замедленной консолидацией, с неполным сращением, а также к консолидировавшимся переломам, костная мозоль которых значительно поражена остеомиэлитическим процессом. В таких случаях трепанация и секвестрэктомия сами по себе нередко приводят к полному разъединению мозоли или же ничтожное дополнительное насилие дает тот же результат. Впервые подобный случай огнестрельного перелома мы наблюдали в конце 1942 г. в одном из госпиталей Центрального фронта. Больной поступил с остеомиэлитом еще недостаточно окрепшей костной мозоли после огнестрельного перелома бедра. Во время операции трепанации костной мозоли и секвестрэктомии произошла рефрактура, причем в послеоперационном периоде никаких осложнений не было.

Все это дало нам повод в некоторых случаях неправильно сросшихся огнестрельных переломов, осложненных остеомиэлитом, трепанацию и секвестрэктомию дополнять операцией остеотомии для устранения деформации или укорочения конечности.

Такие сочетанные операции мы сделали 27 больным. К сожалению, из-за ряда обстоятельств мы не знаем отдаленных результатов. Тем не менее доказана самая возможность остеопластических операций в инфицированном очаге, а также определены показания к ним.

Сигналом, предостерегающим от подобного рода вмешательств, служат обострения остеомиэлитического процесса, дальнейшее распространение его на здоровые до того участки костной ткани, общая реакция со стороны организма. В зависимости от степени развития костной мозоли и распространенности остеомиэлитического процесса можно наших больных разделить на три группы (табл. 1).

Таблица 1

Состояние болезни	Число случаев	Из них	
		бедро	голень
Частично обызвествленная костная мозоль (неполная консолидация). Остеомиэлит костной мозоли	19	16	3
Консолидация полная. Распространенный остеомиэлит костной мозоли	7	6	1
Консолидация полная. Костная мозоль сильно выражена. Ограниченный остеомиэлит костной мозоли	1	1	—
Всего	27	23	4

Ни у одного из оперированных больных первой группы осложнений не наблюдалось, послеоперационный период у всех протекал, как обычно при остеомиэлите.

Послеоперационное течение у больных второй группы проходило по-разному. У 5 из них в течение первых 10—12 дней температура поднималась до 38—38,5°, но общее состояние оставалось вполне удовлетворительным. Воспалительный процесс, вначале несколько обострившийся, не имел тенденции к распространению и вскоре либо затихал, либо принимал хроническую форму. К третьей группе относится больной К., на истории болезни которого мы остановимся подробнее.

Больной К., 30 лет, 14.IX.1942 г. получил огнестрельный перелом правого бедра в верхней трети. К концу января 1943 г. перелом сросся при типичном смещении центрального отломка, вследствие чего конечность укорочена на 11,5 см. Остеомиэлит бедренной кости. Дважды (4.XII.1942 г. и 17.V.1943 г.) производилась секвестрэктомия. В последние 3 месяца свищ периодически закрывался. На рентгенограмме на месте бывшего перелома мощная костная мозоль. Поперечник кости на этом месте в 2 раза больше нормального. Резкий остеосклероз. Поверхностно расположенный секвестр. 28.IX.1943 г. секвестрэктомия и косая остеотомия. Последняя произведена с трудом, вследствие значительной толщины бедренной кости на месте бывшего перелома и выраженного склероза. Рана не зашита. Скелетное вытяжение спицей Киршнера. Со второго дня после операции в течение 40 дней температура в пределах 40°. Общее тяжелое состояние. Посев гноя дал рост белого стафилококка и негемолитического стрептококка. 12.X.1943 г. вскрыт гнойный затек на задней поверхности бедра. Вытяжение через 55 дней заменено гипсовой повязкой. К этому времени сформировались 3 свища. Сращение на месте остеотомии наступило к концу четвертого месяца при укорочении конечности на 5,5 см. Распространенный остеомиэлит бедренной кости.

Если для больных первых двух групп остеотомия явилась лишь небольшим и малотравматичным дополнением к секвестрэктомии, то в последнем случае это условие не было соблюдено. Остеотомия явилась не дополнительной, а ведущей, притом весьма травматичной (сильное развитие костной мозоли и склероз ее). Так как операция была сделана в инфицированном очаге, остеомиэлитический процесс распространился и резко обострился.

Секвестрэктомия, дополненная операцией канализации (по Беку)

Не меньше забот приносят нам больные с замедленной консолидацией и ложными суставами, страдающие вместе с тем остеомиэлитом концов костных отломков.

Если стояние отломков удовлетворительно и диастаз между ними не превышает 0,5 см, то после секвестрэктомии мы производили типичную операцию канализации по Беку.

Всего в нашей клинике и в эвакогоспитале мы произвели 25 таких операций. Во всех случаях полная консолидация наступала через 2—6 месяцев после операции. Остеомиэлитический процесс закончился у 18 больных. Бактериологическое исследование отделяемого из свищей, производимое до операции, обычно показывало наличие золотистого стафилококка, реже стрептококка, не дающего гемолиза протея, грамположительного диплококка или комбинаций этих микробов. Ни у одного больного в послеоперационном периоде не отмечено каких-нибудь осложнений. Температура у больных оставалась нормальной или повышалась в течение первых 3—4 дней до 37,3—37,6°.

1. Больной Г-в, 19 лет, 17.IX.1944 г. получил пулевое ранение правой голени с переломом большеберцовой кости. 22.XII.1944 г. секвестрэктомия. Поступил в клинику 24.III.1945 г. по поводу незакрывающегося свища и невозможности нагружать конечность. На передне-внутренней поверхности нижней трети правой голени имеется свищ со скудным гнойным отделяемым. В этой же области определяется патологическая подвижность. На рентгенограмме овальный дефект в толще нижней трети большеберцовой кости. Ясная линия несросшегося перелома большеберцовой кости, пересекающая в поперечном направлении отмеченный дефект костного вещества.

По линии псевдартроза расположено 5 ясно очерченных небольших секвестров. Концы костных отломков склерозированы (рис. 1).

15.IV.1945 г. операция. Под эфирным наркозом разрез мягких тканей через свищ по передне-внутренней поверхности нижней трети правой голени. После частичного иссечения рубца, расположенного между костными отломками, удалены свободно лежащие секвестры. Электросверлом, охлаждаемым физиологическим раствором, сделаны 8 каналов из одного отломка по направлению к другому. Рана

Рис. 1. Больной Г-в. Псевдартроз и остеомиэлит большеберцовой кости после огнестрельного перелома

Рис. 2. Тот же больной после операции

Рис. 3. Больной Л-н. Псевдартроз и остеомиэлит плечевой кости после огнестрельного перелома

засыпана белым стрептоцидом. Сухая повязка. Гипсовая повязка на голень, фиксирующая коленный сустав и стопу. В день операции вечерняя температура 37,6°, вечером следующего дня — 37°, в дальнейшем — нормальная. На 4-й день после операции, несмотря на запрещение, больной начал ходить с помощью костылей. Через 10 дней после операции много ходит, полностью нагружая конечность.

С 25.IV.1945 г. получал курс инъекций сыворотки Богомольца. 16.V.1945 г. выписан в гипсовой повязке для амбулаторного лечения.

30.V.1945 г., т. е. через полтора месяца после операции, в силу создавшихся условий больной вынужден был проделать переход в 15 км. Так как гипсовая повязка служила «помехой», то больной снял ее и весь путь прошел пешком, не испытывая при этом никакой боли. Мы были крайне озадачены этим обстоятельством, но клинический осмотр и контрольный рентгеновский снимок (рис. 2) разъяснили, что на месте бывшего псевдартроза наступила прочная консолидация. Свищ закрылся. При очередной встрече с больным 8.III.1946 г. выяснилось, что он чувствует себя вполне здоровым и признан годным для службы в армии.

2. Больной Л-н, 40 лет, 4.VIII.1944 г. получил слепое осколочное ранение правого плеча с переломом кости. Инородное тело удалено в день ранения. 17.X.1944 г. и 26.II.1945 г. секвестрэктомия. 16.V.1945 г. поступил в клинику с явлениями псевдартроза плечевой кости в верхней трети и незакрывающимся свищом. На рентгенограмме (рис. 3) выраженный склероз концов костных отломков, ясная линия псевдартроза, на конце центрального отломка несколько секвестров.

28.V.1945 г., т. е. почти через 10 месяцев после ранения, секвестрэктомия и операция канализации по Беку. После удаления секвестров сделано 6 каналов из одного отломка в другой. В раны введены тампоны с рыбьим жиром. Отводящая гипсовая повязка. После операции температура не повышалась. Состояние больного хорошее. Через 2½ месяца гипсовая повязка снята. Клинически и рентгенологически — полная консолидация. Явлений остеомиэлитического процесса на рентгенограмме не отмечается (рис. 4). Свищ держится. 21.IX.1945 г. кюретаж свищевого хода. 5.X.1945 г. свищ закрылся и больной выписан домой. При обследовании в марте 1946 г. отмечена хорошая функция руки. Свищ периодически открывается.

3. Больной Г-н, 28 лет, 1.X.1944 г. получил открытый перелом обеих костей левой голени. В клинику поступил через 7½ месяцев после перелома без явлений консолидации, со свищом, расположенным на передне-внутренней поверхности средней трети голени. На рентгенограмме типичный псевдартроз и остеомиэлит с 2 ясно выделяющимися секвестрами (рис. 5).

Рис. 4. Тот же больной после операции

Рис. 5. Больной Г-н. Псевдартроз и остеомиэлит большеберцовой кости после огнестрельного перелома

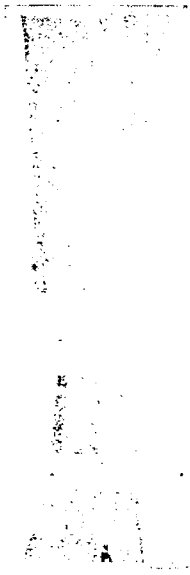


Рис. 6. Тот же больной после операции

28.V.1945 г. секвестрэктомия и операция канализации по Беку. Послеоперационное течение без всяких осложнений. 8.VII.1945 г. выписан для амбулаторного лечения. 10.IX.1945 г. гипсовая повязка снята. Наступила полная консолидация. Свищ закрылся (рис. 6).

Секвестрэктомия, дополненная освежением концов и сближением отломков

В случае неправильного стояния отломков, пораженных остеомиэлитом, или диастаза между ними, превышающего 0,5 см, наряду с секвестрэктомией, необходимо попытаться ликвидировать ложный сустав.

В таких случаях, помимо удаления секвестров, надо убрать фиброзную ткань, расположенную между концами костных отломков, освежить последние и, сблизив их, фиксировать конечность гипсовой повязкой. Указанные дополнительные к секвестрэктомии манипуляции весьма незначительны, очень часто вообще отвечают требованиям самой секвестрэктомии и поэтому не осложняют оперативного вмешательства.

Мы произвели 7 таких операций, причем в 5 случаях перелом сросся.

Для иллюстрации сказанного приведем краткие выдержки истории болезни.

В первые дни Отечественной войны лейтенант К. получил множественные ранения тела осколками мины и в том числе перелом правой плечевой кости в средней трети. К июню 1942 г. перелом плечевой кости не сросся, держится свищ. На рентгенограмме ясно определяется ложный сустав и остеомиэлит концов костных отломков, отстоящих друг от друга на расстояние около 1,5 см. 17.VI.1942 г. секвестрэктомия. Удалена фиброзная ткань, расположенная между отломками кости и секвестра. Отломки кости сближены. Рана мягких тканей выполнена тампонами, смоченными 10% раствором хлористого натрия. Гипсовая повязка с корсетом.

В последующем перевязки производились через окно, сделанное в гипсовой повязке. Операционная рана зажила через 3 месяца. Еще через 2 месяца гипсовая повязка снята. На месте бывшего ложного сустава плечевой кости прочная консолидация.

В случаях ложного сустава с небольшим диастазом и остеомиэлитом концов костных отломков секвестрэктомию можно дополнить простыми манипуляциями, не осложняющими основного оперативного вмешательства, но часто дающими блестящий эффект.

Подобное вмешательство нельзя с одинаковым успехом выполнить на любом участке конечности. Наиболее удобным сегментом является плечевая кость. Очень важно целиком иссечь рубец, разъединяющий костные отломки, в противном случае сблизить их не удается.

Больной А., 47 лет, 9.X.1944 г. получил слепое осколочное ранение левого плеча с переломом кости. 8.I.1945 г. секвестрэктомия. Поступил в клинику 20.VIII.1945 г. по поводу незакрывающегося свища и ложного сустава плечевой кости. 13.IX.1945 г. секвестрэктомия и сближение отломков. После удаления секвестров и рубцовой ткани, расположенной между концами отломков, последние освежены и сделана попытка их сближения. Однако из-за большого распространения рубца, в котором на значительном протяжении прочно фиксированы отломки, сближение не удалось. Наложена гипсовая повязка с корсетом. Повторные попытки сближения отломков также ни к чему не привели. Свищ закрылся 12.XII.1945 г. Больной выписан для амбулаторного наблюдения.

В литературе мы встретили указания на то, что попытки костнопластических операций в инфицированном очаге уже производились. Работы некоторых авторов (Богораз, Куслик, Гольц, Гулеке) показывают, что эти операции можно применять после того, как стихнут острые явления инфекции. Куслик, наряду с секвестрэктомией костной мозоли, производил и остеотомию. Гулеке вместе с секвестрэктомией соединял отломки при псевдартрозах костным швом, пластинкой Лэна и т. п. Святухин в 3 случаях применил костный шов в то время, когда в ране имелось небольшое нагноение. Последний автор считает, что полученный успех является исключением. Однако накапливающиеся наблюдения позволяют думать, что остеопластические операции в инфицированном очаге вполне возможны, но при строгом учете показаний и выполнении определенных условий.

Выводы

Опасность производства некоторых восстановительных операций на скелете в инфицированном очаге надо считать преувеличенной. При соблюдении ряда условий возможно сочетать секвестрэктомию с той или иной восстановительной операцией.

Сочетание секвестрэктомии с остеотомией показано в тех случаях, когда при значительной деформации или укорочении конечности имеется неполная консолидация перелома или же когда костная мозоль оказывается сильно истонченной, так что требуется незначительная добавочная травма, чтобы, полностью мобилизовав отломки, правильно установить их длительным скелетным вытяжением.

Комбинация указанных операций позволяет рано устранить, наряду с остеомиэлитом, тяжелые деформации и укорочения. Однако при неправильном учете показаний такая операция чревата осложнениями, возможность которых необходимо иметь в виду.

Секвестрэктомию в сочетании с операцией канализации по Беку нужно применять во всех случаях, где показана операция Бека, независимо от наличия или отсутствия остеомиэлита. То же в равной мере относится к секвестрэктомии, дополненной освежением концов и сближением отломков [1].

[1] По данным многих авторов применение пенициллина позволяет производить операцию остеосинтеза после удаления секвестра с последующим зашиванием наглухо. Редакция.

★

Майор мед. службы кандидат мед. наук П. С. САДКОВСКИЙ

ЛЕЧЕНИЕ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ШЕИ В ВОЙСКОВОМ РАЙОНЕ

Огнестрельные повреждения шеи в процентном отношении составляют очень небольшую группу. По данным нашего МСБ, за 21 месяц Великой отечественной войны (июль 1943 г.—март 1945 г.) процент раненных в шею к общему числу прошедших через МСБ раненых равен 1,6. Следует отметить, что МСБ принимал нередко раненых и из других дивизий. Проникающие ранения шеи составляли 0,4%. Эти ранения относятся к разряду очень тяжелых повреждений; раненые часто гибнут на поле боя, и лишь небольшое число их достигает этапов медицинской эвакуации войскового района. Наличие специализированных армейских госпиталей с ЛОРгруппами позволяет МСБ отправлять туда раненных в шею для хирургической обработки. Тем не менее хирургам войскового района часто приходится вмешиваться при ранениях шеи по витальным показаниям, при задержке раненых в МСБ из-за шока и по другим причинам (отсутствие транспорта, бездорожье и пр.).

Из 223 раненных в шею непроникающие ранения были у 167 и проникающие — у 56 человек. Следует отметить, что здесь может иметь место и ошибка в диагнозе: в ряде случаев проникающие ранения с завуалированными симптомами попадают в графу непроникающих. Мы считаем нужным отметить, что поражения эндовисцеральных пространств шеи, заключенных в эндовисцеральную фасцию, следует относить к проникающим повреждениям, как это мы делаем по отношению к париетальной брюшине или плевре даже и без повреждения органов. Это тем более верно, что нагноительные процессы, начавшиеся в этих щелях, могут привести к тяжелым осложнениям (нисходящий медиастинит). Сюда же должны быть отнесены дно полости рта и окологлоточное пространство, расположенное выше уровня подъязычной кости.

При изучении нагноительных процессов шеи мы видели взаимосвязь этих двух пространств и связь их с некоторыми межапоневротическими промежутками собственно шеи, при распространении процессов по протяжению. К тому же при поражении этих областей может быть повреждена средняя часть глотки и носоглотка.

Из 56 проникающих ранений шеи за указанный период оперировано в МСБ 48 человек, остальные направлены для операции в госпиталь.

Следует отметить, что более или менее правильный топический диагноз в МСБ можно поставить только при оперативном вмешательстве, а чаще всего лишь с помощью специальных исследований (эндоскопия, иногда рентгенография), доступных лишь в специализированном госпитале.

Из 6 умерших в МСБ за указанный период один раненый погиб не от ранения шеи, являвшегося сопутствующим повреждением, а от обширного гемопневмоторакса с повреждением позвоночника; 5 человек погибли от ранений шеи, что равно 9,1%.

Кроме 48 операций, произведенных нами за указанные 21 месяц, для иллюстрации клиники повреждений и вида операций мы разберем также 30 операций, произведенных нами в этом же МСБ и ХППГ с января 1942 г. по июнь 1943 г., т. е. за 16 месяцев первых двух лет войны.

Всего оперировано 78 раненных в шею (69 в МСБ и 9 в ХППГ), умерло 15 человек (13 в МСБ и 2 в ХППГ), из них 3 погибли от тяжелых сопутствующих повреждений грудной полости.

Пулевые ранения были у 22 человек (сквозных 17, слепых 5), осколочные ранения — у 56 человек (сквозных 4, слепых 51, касательных 1).

Классификация ранений

Повреждения дыхательных путей:	
а) гортани	14
б) трахеи	8
Повреждения пищеварительного тракта (гиф фаринкс и пищевод)	9
Комбинированные повреждения дыхательной и пищеварительной трубок	6
Щитовидная железа и ее сосуды	4
Пространства эндовисцеральные, дна полости рта с мезофаринксом и окологлоточные	27
Крупные кровеносные сосуды:	
а) общая сонная артерия	6
б) внутренняя яремная вена	4
Всего	78

Дно полости рта часто повреждается при переломе нижней челюсти, но мы эти случаи не разбираем.

Опишем основные клинические симптомы проникающих ранений шеи, которые мы наблюдали в войсковом районе.

При повреждении гортани и трахеи изменяется голос, имеется охриплость, иногда афония. Подкожную эмфизему мы наблюдали 10 раз, чаще при повреждении трахеи. Стенотическое дыхание является грозным симптомом, но оно не всегда сопровождает повреждения гортани и трахеи (мы встретили 9 раз). Дыхание может свободно происходить через поврежденную часть органа (наблюдали у 5 раненых). Глотание нередко болезненно, но ни разу не было затруднено.

При ранении пищеварительного тракта глотание резко болезненно, иногда невозможно. При больших дефектах проглоченная вода вытекает из раны. На шее отмечается более или менее выраженная припухлость. Дыхание не затруднено. В 4 случаях отмечалось шоковое состояние и в одном уже развившийся медиастинит (у раненого, поступившего на 3-и сутки после ранения).

Комбинированные повреждения дыхательных путей и пищеварительного тракта являются тяжелыми ранениями. Раненые беспокойны, их с трудом удается уложить в нужное для хирурга положение. Сочетаются симптомы повреждения обоих органов. В 5 случаях наблюдалось стенотическое дыхание; все раненые были в состоянии шока той или иной степени.

При ранении щитовидной железы и ее сосудов гематома занимает, иногда асимметрично, переднюю поверхность шеи. В 2 случаях мы отмечали нарушение глотания и дыхания, всегда проходившее после операции и удаления гематомы.

Из 27 ранений глубоких пространств шеи 3 падают на эндовисцеральные пространства, 22 — на дно полости рта с мезофаринксом, одно — на окологлоточное пространство и одно — на комбинированное поражение дна рта и окологлоточного пространства. При поражении дна полости рта гематома занимает подчелюстные и подбородочную области, иногда с характерным, как при ангине Людовика, выбуханием подъязычной области (в 4 случаях). При поражении окологлоточного пространства выполняется зачелюстная ямка, сонный треугольник и выбухает боковая стенка зева. При ранении эндовисцеральных пространств собственно шеи припухлость не имеет определенной локализации, и диагноз ставится при операции. Раненые с повреждением дна полости рта и окологлоточного пространства глотать не мо-

гут, они имеют страдальческий вид, у них развивается слюнотечение, гнусавость. У одного раненого проглоченная вода вытекала из раны. Дыхание обычно не нарушено, но в 4 случаях имелось резко стенотическое дыхание: при наличии перелома тела подъязычной кости, когда доступ к гортани закрывается разбитым корнем языка.

Опишем 2 осложнения.

1. Ранение окологлоточного пространства справа с большим прогрессирующим отеком. На 4-й день после ранения при температуре 39° вскрытие отека, тампон. На 9-й день 2 раза кровотечение небольшими порциями при температуре до 39°. Дробное переливание крови, сульфамидотерапия. На 14-й день кровотечение из раны и уха, пульс 120 ударов в минуту, мягкий. Перевязка наружной сонной артерии справа с пересечением, провизорная лигатура на общую сонную артерию. Переливание крови; температура не снижается. На 21-й день профузное кровотечение из раны; кровью залита подушка, простыня. Затянута провизорная лигатура, взят в операционную; переливание крови и другие мероприятия. Осмотр раны шеи: дефект общей сонной артерии размером 0,2 × 0,2 см на 0,5 см ниже бифуркации, инфильтрация стенки. Дополнительно лигатура на общую сонную артерию и на основание внутренней с пересечением. В дальнейшем постепенное улучшение, рана гранулирует, еще через неделю температура снизилась к норме. Слева симптом Оппенгейма и слабая гипестезия левой руки. Других расстройств со стороны центральной нервной системы не отмечается. Еще через 2 недели эвакуация в удовлетворительном состоянии (всего пробыл 6 недель).

2. Ранение дна полости рта с отеком. На 3-й день с момента ранения при прогрессирующем отеке удалена пуля слева. Температура до 38,5°, состояние удовлетворительное. Спустя 5 дней профузное кровотечение изо рта и носа, бледность, пульс нитевидный. В зеве слева дефект 0,5 × 0,5 см позади миндалика. Перевязка наружной сонной артерии слева с пересечением и провизорная лигатура на общую сонную артерию, переливание крови. Еще через 3 дня профузное кровотечение изо рта и носа, провизорная лигатура затянута, переливание крови. Далее слабость, шум в голове, температура до 39°, параличей нет, сознание ясное. Спустя 3 дня правосторонняя гемиплегия и моторная афазия при общем удовлетворительном состоянии; температура снижается. Через 12 дней профузное кровотечение с летальным исходом в 3 минуты. На секции: лигатура общей сонной артерии слева лежит хорошо, просвета нет. При двукратном исследовании прозектором и главным прозектором армии очаг кровотечения не найден (повидимому, кровотечение из анастомозов); имеется размягчение мозга слева (зрительный бугор и внутренняя капсула).

На 6 случаев ранений общей сонной артерии одно ранение было слепое пулевое и 5 слепых осколочных, в 3 случаях справа и в 3 — слева. Полный разрыв у одного раненого, неполный — у 5, причем в одном случае незначительный разрыв произошел от укола шипом осколка. Локализация ранений: близ бифуркации — 3 (из них одно — внутренней сонной артерии), в средней трети — 2, в нижней — одно. Раненые до поступления к нам потеряли много крови, имели большие напряженные гематомы, расстройство дыхания (в одном случае резко выраженное от смещения трахеи). Один раненый (осколок в просвете левой сонной артерии) находился в бессознательном состоянии от размягчения левой гемисферы при поступлении (данные секции), у другого был паралич верхних и одной нижней конечности, вскоре и этот раненый впал в бессознательное состояние.

Из 4 случаев ранения внутренней яремной вены было 2 полных и 2 неполных разрыва. Во всех случаях имелась большая гематома, затруднявшая дыхание и делавшая болезненным глотание. Расстройства мозгового кровообращения ни до, ни после операции не отмечалось.

Среди 78 раненых, поступивших в МСБ и ХППГ, наблюдались следующие сопутствующие повреждения других органов и осложнения: черепа — в одном случае, глаза — в одном, позвоночника — в 2, глубокое расстройство мозгового кровообращения с начавшимся размягчением вещества — в 2, гемопневмоторакс — в 8, запущенный медиастинит — в одном, перелом трубчатых костей — в одном случае. Сочетанные повреждения: внутренней яремной вены и гортани — одно, гортани и трахеи — одно, дна полости рта и окологлоточного пространства — одно, щитовидной железы и трахеального кольца — одно.

Умерло: при повреждении гортани — один, трахеи — один, глотки и пищевода — 3, при комбинированном повреждении дыхательной и пищеварительной трубок — 3, глубоких пространств шеи — 3, общей сонной артерии — 3, внутренней яремной вены — один. Причины смерти: шок — в 4 случаях, кровопотеря — в 6, размягчение мозгового вещества — в 2, медиастинит — в одном, нисходящий септический отек дыхательных путей — в одном, пневмония — в одном случае. Из этого количества 3 человека погибли от повреждения других органов (общая смертность, как указано в вводной части, равна 9,1%).

В МСБ в основном применялись следующие оперативные вмешательства: трахеотомия верхняя или нижняя, перевязка крупных сосудов, вскрытие эндовисцеральных пространств при поражении полых органов или самих пространств, иногда попутная перевязка поврежденных некрупных сосудистых магистралей.

Трахеотомий произведено 16, в 3 случаях в дефект трахеи введена канюля. Показанием к трахеотомии служило стенотическое дыхание. Не во всех случаях последнее сопровождало ранения дыхательной трубки, и тогда мы ограничивались лишь хирургической обработкой раны. В 4 случаях мы вынуждены были произвести трахеотомию при ранении дна полости рта с переломом тела подъязычной кости. Нужно отметить, что перелом тела подъязычной кости может вызывать закрытие входа в гортань разбитым корнем языка, причем вытягивание языка в этих случаях не помогает и приходится прибегать к трахеотомии. Иногда поврежденная трахея имеет тенденцию спускаться или смещаться (5 случаев), и тогда нужна фиксация ее к предтрахеальным мышцам.

На 6 ранений общей и внутренней сонных артерий мы в 4 случаях произвели перевязку с пересечением между лигатурами. В одном случае раненому, доставленному в бессознательном состоянии с уже необратимыми явлениями со стороны центральной нервной системы, после извлечения осколка из просвета левой сонной артерии был наложен сосудистый шов (в ХППГ). В одном случае (колотая рана шипом осколка) наложена пристеночная лигатура.

Если суммировать операции на общей сонной артерии этой группы раненых (причем в 2 случаях развились аррозивные кровотечения, описанные при ранении глубоких пространств), то получится следующая картина. Полных перевязок было 6: справа — 4 (с одним смертельным исходом), слева — 2 (обе со смертельными исходами); сосудистый шов слева — один (со смертельным исходом); пристеночная лигатура слева — одна (эвакуация в удовлетворительном состоянии).

Отсюда следует, что перевязка левой сонной артерии на нашем скудном материале дала худшие результаты, чем перевязка правой.

Перевязка внутренней яремной вены при ранении ее в 4 случаях также производилась с пересечением между лигатурами (погиб один раненый с комбинированным повреждением гортани, потребовавшим еще и трахеотомии). Эндовисцеральная фасция, окутывая органы шеи, является как бы футляром для них и создает пространства пре- и ретровисцеральное и сосудистую щель для сосудисто-нервного пучка. Дно полости рта и окологлоточные пространства имеют свои, отличные от эндовисцеральной фасциальные покровы. Таким образом, подход к поврежденным органам и пространствам предусматривает рассечение определенных фасциальных листков.

Вскрытие эндовисцеральных пространств шеи носит название шейной медиастинотомии Хаккера, развитой Маршиком и Шлеммером: разрез по переднему краю грудино-ключично-сосковой мышцы; после вскрытия первой шейной фасции мышца оттягивается в наружную сторону, пересекается лопаточно-подъязычная мышца и вторая фасция шеи в нижнем отрезке раны (в верхнем отрезке ее нет). Глубокая фасция шеи рассекается

тупой препаровкой, причем сосудисто-нервный пучок оттесняется в латеральную сторону, а щитовидная железа — в медиальную. Таким образом, можно вскрыть все превисцеральное пространство, а также и ретровисцеральное путем расслаивания разграничивающей их рыхлой пластинки. Авторы, развившие эту операцию, рекомендуют блокирующую тампонаду верхней апертуры грудной клетки со стороны вскрытых пространств для предупреждения нисходящего медиастинита. Отметим, что тампонада не должна быть тугой, иначе давление на трахею и возвратный нерв может вызвать диспноэ. Существует предложение вскрывать ретровисцеральное пространство разрезом позади грудино-ключично-сосковой мышцы. Но этот разрез менее удобен, так как здесь приходится разрывать довольно плотное сосудистое влагалище и поставленный тампон давит на крупные сосуды.

Двусторонних медиастинотомий у нас произведено 6, односторонних — 11.

Дно полости рта вскрывается разрезом параллельно краю нижней челюсти через подчелюстной треугольник: слюнная железа оттесняется кверху и кнаружи. Если надподъязычные мышцы разбиты, то после туалета их тампон свободно вводится в пространство дна полости рта. Если мышцы не нарушены, то можно надсечь челюстно-подъязычную мышцу с ее наружного края. Проходить сверху железы не следует, так как здесь можно повредить наружную челюстную артерию и лицевую вену.

Окологлоточное пространство вскрывается разрезом, начиная позади угла нижней челюсти и вниз в область сонного треугольника с рассечением первой фасции. Далее тупо проходят кверху и кнутри в окологлоточное пространство слегка буравящими движениями поверх заднего брюшка двубрюшной и шилоподъязычной мышцы. Проходить ниже этих мышц не следует, так как здесь можно повредить ветви, отходящие от наружной сонной артерии, и венозные стволы.

Другие оперативные вмешательства являются сопутствующими трем указанным выше основным. Сюда относятся: швы на раны щитовидной железы и перевязка ее сосудов (4 случая), перевязка наружной сонной артерии (2 случая), удаление инородных тел (8 случаев) и т. д. Гастростомий при обширных повреждениях глотки и пищевода произведено 5 (они относятся к 1942 г.).

Во всех случаях проникающих ранений шеи и непроникающих слепых безусловно необходима операция. При слепых ранениях осколок должен быть удален, но при операциях, производимых в условиях МСБ, обязательно искать его недопустимо по понятным причинам. Поэтому в войсковом районе операции по поводу проникающего ранения шеи сводятся главным образом к вскрытию эндовисцерального пространства и рыхлой тампонаде. Для этого, по нашему мнению, не обязательно во всех случаях следовать по ходу раневого канала; более правильно вскрывать эндовисцеральные щели по описанным выше способам. Раневой же канал можно обработать при надобности дополнительно.

Из 78 операций 77 произведены под новокаиновым обезболиванием, причем нередко применялась комбинация местной инфильтрационной анестезии с анестезией шейного сплетения. Один раненый был оперирован под продолженным хлорэтиловым наркозом. В случае свежих открытых повреждений органов шеи лучше избегать наркоза ввиду опасности спазма голосовой щели или острого отека.

Раненым, находящимся в состоянии шока и потерявшим много крови, производилось переливание крови и растворов. При повреждении крупных сосудов и резкой кровопотере это делалось во время операции. Раненых с повреждением глотки и пищевода рекомендуется в палате укладывать на койку так, чтобы их голова была опущена. Так как

поить и кормить этих раненых невозможно, мы ежедневно производили капельные вливания растворов. К введению зонда для кормления мы почти не прибегали и разрешали питье сладкого чая или молока с маслом глотками, так как считаем, что в условиях МСБ при правильно вскрытом эндовисцеральном пространстве и блокирующем тампоне это не противопоказано.

Выводы

1. Среди других огнестрельных повреждений ранения шеи составляют небольшой процент (1,6 по нашим данным), что зависит от сравнительно меньшей уязвимости шеи, имеющей меньший объем по сравнению с другими областями тела.

2. Проникающие ранения шеи составляют по сравнению с другими проникающими ранениями тела очень небольшой процент (0,4 по нашей статистике). При этом виде повреждения раненые часто гибнут на поле боя. Кроме того, 9,1% этих раненых гибнут на этапах эвакуации в войсковом районе.

3. Раненые с проникающими повреждениями шеи направляются для лечения в ЛОРгруппу при специализированном ХППГ. В МСБ должны оперироваться раненые по витальным показаниям. Правило возможно ранней хирургической обработки ран целиком относится и к ранениям шеи, почему, как показывала практика работы, и ряд раненных в шею приходится иногда оперировать в войсковом районе.

4. При проникающих, а также при непроникающих слепых ранениях шеи необходимо оперативное вмешательство.

5. К проникающим ранениям шеи следует относить и повреждения эндовисцеральных пространств, дна полости рта с мезофаринксом и окологлоточного пространства.

6. Точный топический диагноз проникающих ранений шеи нередко ставится только при операции, а в ряде случаев — при специальных исследованиях (эндоскопия, рентгенография).

7. Основными видами оперативных вмешательств в войсковом районе следует считать трахеотомию, перевязку крупных сосудов и вскрытие эндовисцеральных пространств собственно шеи, дна полости рта и окологлоточного пространства. Другие мероприятия, как перевязка мелких артериальных стволов, фиксация опущенной трахеи, гастростомия и пр., являются подсобными. Широкое применение гастростомии рекомендовать не следует.

8. Показанием к трахеотомии служит стенотическое дыхание не только при ранениях гортани и трахеи, но и при переломе тела подъязычной кости, когда закрывается вход в гортань и вытягивание языка не освобождает его.

9. Для правильного вскрытия эндовисцеральных и других пространств необходимо точное знание их анатомического положения, взаимосвязи и отношения к органам шеи. Вскрытие этих пространств не всегда может соответствовать ходу раневого канала.

10. Наиболее тяжелыми видами повреждений являются комбинированные повреждения дыхательных путей и пищеварительного тракта и ранения общей сонной артерии, дающие наибольшую смертность.

11. При повреждении общей сонной артерии и при аррозивных кровотечениях вынужденная перевязка левой сонной артерии дает худшие результаты, чем перевязка правой. При аррозивных кровотечениях следует перевязывать наружную сонную артерию с провизорной лигатурой на общую сонную артерию. Провизорная лигатура затягивается только по показанию.

12. Наиболее удобным методом обезболивания следует считать местное инфильтрационное в комбинации с анестезией шейного сплетения.

13. В условиях МСБ в послеоперационном периоде раненым с повреждением глотки и пищевода с правильно вскрытым и блокированным эндовисцеральным пространством дача чайными ложками питья и жидкой питательной смеси не противопоказана.

14. Необходимо шире знакомить врачей войскового района с основными правилами подачи помощи раненным в органы шеи и, в частности, практически знакомить полковых врачей с трахеотомией.

Майор мед. службы Т. В. ПУТИЛИН

ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ БЕДРА

Среди ранений конечностей повреждения бедра, по данным статистики прошлых войн, встречались в 10—15% случаев всего числа ранений. Ранения бедра с повреждением кости, по тем же статистическим данным, составляли 2—3%.

По данным нашего МСБ, ранения бедра с повреждением кости в 1942 г. составили 3,8%, в 1943 г. — 3,5%, в 1944 г. — 4,4% по отношению ко всем ранениям, а по отношению к ранениям в бедро в 1942 г. — 31,8%, в 1943 г. — 32,1% и в 1944 г. — 47,5%.

Раненые поступали к нам исключительно через ПМП и лишь в единичных случаях (преимущественно легко раненые) непосредственно из части. Срок поступлений в МСБ с момента ранения зависел от обстановки на переднем крае и колебался между 2 и 24 часами. В первые 12 часов после ранения в 1942 г. доставлялось 69% раненных в бедро, в 1943 г. — 83,5%, в 1944 г. — 92,3%; позже 12 часов после ранения в 1942 г. поступало 29,5%, в 1943 г. — 16%, в 1944 г. — 7%. Незначительное количество раненых в силу особой тактической обстановки доставлялось в МСБ в первые 4 суток после ранения.

Таким образом, вынос раненых с поля боя и доставка их в МСБ улучшались и ускорялись с каждым годом. Это показывает, что все звенья медицинской службы нашей дивизии накапливали опыт, непрерывно совершенствовали свою работу. Демонстративны в этом отношении цифры, характеризующие оказание первой медицинской помощи раненым на поле боя. Так, по материалам нашей дивизии, в 1941 г. наложение первичной повязки в порядке самопомощи и взаимопомощи было произведено в 44% случаев, а в 1944 г. — всего лишь в 14%. В остальных случаях первая помощь раненым на поле боя была оказана медицинскими работниками полков.

Преобладали раненые с повреждениями бедра осколками артиллерийских снарядов. Число осколочных ранений колебалось от 83 до 87%, пулевые ранения встречались в 10—15% и ранения осколками ручных гранат — в 2—3%.

Иногда в основе неблагоприятного прогноза для раненого лежит не столько тяжесть повреждения бедра, сколько тяжесть сопутствующих ему других повреждений. Приводим подобный случай.

Рядовой С. поступил в МСБ по поводу множественного ранения осколками мины нижних конечностей, туловища и лица. Имелось около двух десятков ран, в том числе наиболее тяжелые на обоих бедрах.

Через 18—20 часов после хирургической обработки состояние раненого ухудшилось. При контроле ран обнаружена газовая инфекция, идущая от небольшой раны на левой голени. На 3-и сутки с момента ранения больной умер.

Ясно, что при множественности ранений размер хирургической помощи, дальнейшее течение раны бедра и прогноз иногда могут зависеть от состояния других ран (в данном примере — ран голени).

В 1942 г. на ПМП 6% раненых был наложен жгут на бедро, в 1943—1944 гг. таких раненых было 2—2,5%, причем в 1942 г. в 45% случаев наложение жгута не являлось жизненно показанным, так как ни бедренная артерия, ни крупные артериальные ветви не были повреждены.

Хирургическая обработка ран бедра заключалась в широком рассечении кожи, фасций и мышц с удалением сгустков крови, инородных тел, свободно лежащих костных отломков, с иссечением нежизнеспособных участков мягких тканей и лигированием кровоточащих сосудов. Костных отломков, связанных с надкостницей, мы не трогали. Специальных поисков инородного тела мы избегали, так как без рентгенографии или рентгеноскопии эти поиски часто бывают безрезультатными, причиняют неоправдываемую лишнюю травму и вызывают потерю времени. Все же удаление инородных тел при первичной хирургической обработке ран бедра весьма желательно и не должно выпадать из поля зрения оперирующего врача, так как это избавит раненого от возможных осложнений (газовая инфекция, свищи, поздние вспышки гнойной инфекции). После надлежащей хирургической обработки рану засыпали белым стрептоцидом (20—25 г), сульфидином (5 г) или заливали эмульсией сульфамидных препаратов. Если рана недостаточно зияла и сток из нее был плохой, иссекали или поперечно рассекали апоневроз, делали контрапертуры.

Текучесть раненых в МСБ не позволяет сделать окончательный вывод о влиянии препаратов сульфамидной группы на заживление ран, но в тех случаях, когда раненые задерживались у нас на более продолжительное время, правильно выполненная хирургическая обработка и засыпка ран сульфамидными препаратами дали хорошие результаты. Методом полного иссечения раны мы не пользовались, так как эта операция в условиях МСБ для большинства молодых хирургов невыполнима и может оказать не пользу, а вред.

Первичной хирургической обработке у нас подверглось 97% раненных в бедро с повреждением кости, а при повреждении только мягких тканей — 75—80%. Остальные раненые в последней группе имели поверхностные, касательные и сквозные пулевые ранения, не требовавшие хирургической обработки. Частота повреждений бедренной артерии или ее крупных ветвей колебалась от 0,2 до 16%. В 2% обширные разрушения мягких тканей и костей бедра сопровождались нарушением целости нервно-сосудистого пучка, что заставило нас делать ампутации. В остальных случаях мы ограничивались перевязкой сосуда у места его повреждения. При перевязке артерии всегда перевязывалась и бедренная вена. За 3 года мы наблюдали только 2 случая ишемической гангрены после перевязки артерии в подколенной ямке. Во всех остальных случаях коллатеральное кровообращение восстанавливалось.

К ампутации бедра мы прибегали лишь, когда сохранение конечности представлялось невозможным. Попытки продолжать в таких случаях лечение без ампутации зачастую были безрезультатными.

Рядовой К., 28 лет, поступил по поводу сквозного ранения правого бедра осколком мины со значительным повреждением мягких тканей и костей. Нервно-сосудистый пучок цел. Рана загрязнена. Раненому предстояло длительное лечение, реальной была угроза развития анаэробной инфекции. Целость нервно-сосудистого пучка, молодой возраст раненого и желание его во что бы то ни стало сохранить конечность побудили нас воздержаться от ампутации. Несмотря на тщательную хирургическую обработку раны и противоанаэробную профилактику, раненый на 3-и сутки умер от газовой инфекции.

Конечно, предусмотреть все показания к ампутации при столь разнохарактерных повреждениях невозможно. Надо много опыта, внима-

ния и уверенности, основанной на знаниях, чтобы своевременно решить, производить операцию или нет.

Решение о необходимости ампутации в каждом отдельном случае должно выноситься на основе опыта и знаний ведущего хирурга. Последние 2 года в связи с потерей нескольких раненых мы более решительно расширяли показания к ампутации бедра, не выходя за рамки «Указаний по военно-полевой хирургии».

В 1942 г. ампутации сделаны 2% поступивших к нам раненных в бедро, в 1943 г. — 4%, в 1944 г. — 3%. Мы почти всегда делали лоскутную ампутацию в пределах здоровых тканей (97%), изредка (2%) — при полных и неполных отрывах конечности — по типу активной обработки культи. К гильотинной ампутации мы прибегали лишь в тех случаях, когда из-за тяжелого состояния раненого приходилось спешить, в основном — при тяжелых формах газовой инфекции. В этих случаях на культе бедра делались добавочные ленточные разрезы.

Успехи в лечении инфицированных ран бедра велики, тем не менее борьба с анаэробной инфекцией в условиях МСБ все еще остается трудной задачей. Осложнение газовой инфекцией ран бедра мы наблюдали в 0,6% случаев.

В течение 3 лет одинаково часто наблюдалось заражение газовой инфекцией осенью, зимой, весной и летом. Повидимому, частота этого осложнения зависит преимущественно от почвы местности, боевых действий, характера их, срока и качества хирургической обработки раны. Когда в одном из подразделений нашей дивизии раненые были вынуждены 4 суток оставаться без хирургической помощи, 6 из 10 раненных в нижние конечности пришлось сделать ампутацию по поводу газовой инфекции. Это было зимой, в довольно морозные дни.

Анаэробная инфекция, которую мы наблюдали в МСБ, отличалась коротким инкубационным периодом (до 24 часов), большой вирулентностью и токсичностью. Наши лечебные мероприятия по отношению к анаэробному заражению ран бедра были следующие: ранняя ампутация, а при невозможности ее—широкие разрезы через все слои пораженных тканей, введение до 50 000 АЕ сыворотки с физиологическим раствором или кровью, обильное (до 5—6 л) вливание физиологического раствора и медикаментозные средства, стимулирующие и тонизирующие сердечно-сосудистую систему, обязательная иммобилизация пораженной конечности или культи. Удавалось спасти только тех раненых, которым своевременно была произведена ампутация. Эффективного действия противогангренозной сыворотки не наблюдалось. Очевидно, профилактический и лечебный эффект может дать лишь своевременное выполнение всего комплекса указанных выше мероприятий.

Для иммобилизации бедра при ранениях с повреждением кости мы пользовались шинами Дитерихса, а при обширных повреждениях мягких тканей и нервно-сосудистого пучка — комбинацией шин Крамера и фанерных шин.

От 3 до 7% раненных в бедро прибывали к нам в шоковом состоянии. В 97% случаев шок сопровождал ранения с повреждением кости и в 3% — обширные повреждения мягких тканей.

Противошоковые мероприятия проводились по общеизвестному методу. Оперативное пособие раненым оказывалось после выведения их из шока. Однако в случаях травматической ампутации конечности, обширного размозжения тканей, длительного воздействия на конечность жгута оперативное пособие начиналось одновременно с противошоковыми мероприятиями. Мы убедились, что довольно часто противошоковые меры остаются безрезультатными до тех пор, пока не будет ампутирована раздробленная конечность.

Как правило, с 1943 г. активная хирургическая обработка ран бедра с повреждением кости у нас производилась под наркозом. С 1943 г. мы

начали пользоваться гексеналом. Опыт применения гексенала у 50 раненых (внутримышечно и внутривенно с 2% пантопоном) показал, что препарат этот дает ряд грозных осложнений вплоть до остановки дыхания, не говоря уже о судорогах, цианозе и возбуждении во время сна и в послеоперационном периоде. Пользоваться гексеналом можно только при полной уверенности в нормальном состоянии почек и печени оперируемого. Произвести же необходимые для этого исследования в условиях МСБ не всегда возможно.

До 2% легко раненных в бедро задерживалось для лечения в МСБ и затем они были выписаны в часть.

Эвакуация раненных в бедро производилась автотранспортом. В конце 1942 г. раненные в бедро с повреждением кости эвакуировались из МСБ в ППГ на носилках.

Смертность данной группы раненых в среднем составила 9%, причем почти исключительно при ранениях бедра с повреждением кости. В зимние месяцы процент смертности выше, очевидно, в связи с бо́льшим охлаждением раненых и более тяжелыми формами шока в холодное время года.

★

Подполковник мед. службы В. М. КРЕЙНИН

ЛЕЧЕНИЕ ПЕНИЦИЛЛИНОМ ПИОКОККОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Пенициллин является самым эффективным средством для лечения пиококковых заболеваний кожи. Он действует так быстро, что улучшение или излечение часто наступает в несколько дней.

Первые работы по местному применению пенициллина при кожных заболеваниях у нас в СССР принадлежат Машкиллейсону с сотрудниками. Машкиллейсон и Беньямович впервые применили пенициллин при кожных заболеваниях и парэнтерально.

В поликлинике Московского гарнизона мы начали применять пенициллин для лечения кожных болезней с декабря 1946 г. При этом мы ставили перед собой следующие задачи: изучить действие пенициллина при различных кожных заболеваниях и в первую очередь при пиодермиях; найти наиболее эффективный и удобный метод применения пенициллина в условиях амбулаторного лечения и установить хотя бы ориентировочно оптимальную дозу пенициллина и показания к его применению.

Наш клинический материал охватывает более 156 больных. Из них 56 человек (группа I) мы лечили пенициллином парэнтерально, причем 42 человека (группа Iа) получали пенициллин в физиологическом растворе и 14 (группа Iб) — дюрантный пенициллин, изготовляемый аптекой поликлиники по прописи проф. А. Б. Селисского из Центрального кожно-венерологического института. В группе II, в которую входило более 100 человек, пенициллин применяли местно. Часть больных получала инъекции пенициллина и местно — пенициллиновую мазь.

По диагнозам больные распределялись следующим образом: из 56 больных у 53 была пиодермия в различных клинических формах. В группе Iа (из 42 больных) фурункулы были у 4 человек, фурункулез — у 20, карбункулы — у 4, гидрадениты — у 3, эктимы вульгарные — у 4, хроническая глубокая пиодермия — у 2, хроническая пиодермия затылка (dermatitis papillaris nuchae) — у одного, сикоз вульгарный — у одного, acne vulgaris — у одного, acne necrotica — у одного, масляные угри — у одного.

В группе Iб (14 больных): фурункулы были у 2 человек, фурункулез — у 4, гидраденит — у одного, эктимы — у одного, хроническая глубокая пиодермия — у одного, acne conglobata Long — у одного, сикоз вульгарный — у 2, acne vulgaris — у одного, эритема — у одного, erythema chronicum migrans annulare — у одного.

Лечение проводилось по следующей методике: а) поверхностные пиококковые поражения кожи, стрепто-стафилоэпидермиты, импетиго, язвенные поверхности вскрывшихся фурункулов и карбункулов, экземы, осложненные пиодермией, иначе говоря, так называемые вторичные пиодермии, м е с т н о — пенициллиновой мазью; б) острые и хронические пиококковые поражения кожи, проявляющиеся, по крайней мере на первых порах, воспалительными инфильтратами без существенных нарушений кожного покрова — пенициллином п а р э н т е р а л ь н о. Часть больных получала комбинированное лечение — пенициллин парэнтерально и пенициллиновую мазь местно (в периоде изъязвления фурункулов, карбункулов, при наличии множественных эктим и др.).

В течение дня мы вводили 200 000 оксфордских единиц пенициллина по 50 000, 50 000 и 100 000 единиц на инъекцию с промежутком в 3 часа. Количество вводимого в течение курса пенициллина колебалось в зависимости от клинической картины, давности и тяжести заболевания, особенностей макроорганизма и других обстоятельств. Как минимум больной получал на курс 600 000 единиц пенициллина (фурункулез, гидраденит средней тяжести). В некоторых случаях вводилось I 200 000 оксфордских единиц и более (хроническая глубокая диссеминированная пиодермия, вульгарный сикоз, осложненный лимфангоитом и лимфаденитом, карбункул и др.).

Р е з у л ь т а т ы л е ч е н и я фурункулеза, гидраденитов, карбункулов оказались весьма положительными. К концу 2-го дня после введения 400 000 единиц пенициллина клинически отмечается значительное улучшение: узлы уменьшаются в величине, становятся более плоскими, интенсивность воспалительной окраски ослабевает, вместо яркорозовой окраски появляется розовато-лиловый оттенок, болезненность резко уменьшается. К концу 3-го дня состояние больного еще более улучшается, реактивные воспалительные явления уменьшаются, инфильтрат рассасывается.

У одного больного, лечившегося в хирургическом отделении поликлиники, мы наблюдали в правой подмышечной впадине до 5—6 узлов различной величины, причем 2 из них достигали величины грецкого ореха, были мягки наощупь и чрезвычайно болезненны. Давность заболевания — 3 месяца. РОЭ 28 мм в час, лейкоцитоз 9 800. Предполагалось оперативное вмешательство. После введения 400 000 единиц пенициллина оба узла рассосались, осталось лишь несколько возвышающихся над уровнем кожи эритематозных пятен с коричневатой окраской и незначительным шелушением.

Обратное развитие карбункулов происходит значительно медленнее, чем фурункулов. В этих случаях показания к применению пенициллина нередко являются витальными, особенно при локализации карбункула на лице.

Следует упомянуть об одной больной 60 лет с карбункулом на верхней губе, с резко выраженным плотным болезненным инфильтратом, достигавшим 3 см в диаметре, с выраженным отеком всей верхней губы, части щеки и слизистой десны. РОЭ 45 мм в час. Температура 37,6°, сильные головные боли, бессонница. После введения 600 000 единиц пенициллина указанные воспалительные явления резко уменьшились, в центре инфильтрата образовался некротический стержень желтовато-зеленого цвета. Воспалительный инфильтрат в дальнейшем медленно рассосался.

В процессе лечения, как правило, новых высыпаний не наблюдалось, если не считать единичных фликтен у 2 больных.

Интересен вопрос, обладает ли пенициллин профилактическим действием? Больные находились под нашим наблюдением до 3½ месяцев.

За этот период рецидивы отмечены в 9 случаях, или у одной трети больных, в виде фолликулитов и редко фурункулов. Это соответствует данным Машкиллейсона.

Эктимы обычно хорошо заживают после дозы в 600 000 единиц пенициллина. Терапевтический эффект наступает быстрее при комбинированном лечении, т. е. при введении пенициллина парэнтерально и местном применении пенициллиновой мази.

Следует остановиться на больном с acne conglobata Long в сочетании с вульгарными эктимами и атеромами. Было поражено лицо, вся спина и часть передней поверхности груди. На лице имелись множественные угри, комедоны, обычные и келоидные рубцы, атеромы, в том числе нагнаивающиеся. Вся поверхность спины была усеяна рубцами средней величины, эктимами, часть которых была покрыта коричневатобурыми кровянистыми корками или изъязвлена. Вследствие большого количества гнойного отделяемого белье было точно накрахмалено. Больного лечили комплексно: сначала ввели 1 200 000 единиц пенициллина, одновременно произвели хирургическую обработку (вскрытие и иссечение атером) и местно назначили пенициллиновую мазь. Затем после 7-дневного перерыва больной получил дополнительно еще 600 000 единиц пенициллина, достаточное количество витамина С и рыбьего жира. Лечение закончилось облучением ультрафиолетовыми лучами. Все болезненные очаги зарубцевались, успех был несомненным и в косметическом отношении.

Лечение хронической глубокой пиодермии инъекциями пенициллина давало в общем удовлетворительные результаты. Однако ввиду небольшого числа больных и малого срока наблюдения трудно сделать какие-либо выводы. В этих случаях, в зависимости от распространенности и тяжести процессов, нужно вводить 1 млн.—1½ млн.—2 млн. единиц пенициллина и более. Больной с dermatitis papillaris nuchae многомесячной давности получил 800 000 единиц пенициллина. Наступило улучшение, но через 7 дней после окончания лечения — ухудшение.

Больных с вульгарным сикозом было трое. Один больной с выраженной картиной вульгарного сикоза бороды с пустулезно-корочковыми элементами, узелками и узлами различной величины получил 1 400 000 единиц, и местно пенициллиновую мазь. Эффект был весьма хорошим. За исключением небольшого инфильтрата на подбородке величиной 0,5 × 0,5 см никаких высыпаний больше не отмечалось. Лицо после бритья было почти чистым, за исключением указанного выше инфильтрата, небольшого числа мелких рубцовых атрофий и нескольких эритематозных пятен. К сожалению, больной спустя 10 дней исчез из-под наблюдения.

Второй больной с умеренно выраженным сикозом бороды трехмесячной давности получил в течение 5 дней 1 000 000 единиц пенициллина и местно повязки с пенициллиновой мазью, которые сменяли 2 раза в сутки — утром и вечером. Отмечено существенное улучшение. Через 15 дней — рецидив. Больному ввели дополнительно 1 000 000 единиц пенициллина. Несмотря на это, улучшение не только не наступило, но, наоборот, с каждым днем распространялась инфильтрация, появлялись новые фолликулиты. Пенициллинотерапию прекратили, назначили ручную эпиляцию и смазывание спиртовым раствором бриллиантовой зелени.

Третий больной с сикозом в области усов давностью 1 год 9 месяцев с умеренной сплошной инфильтрацией синевато-багрового цвета, покрытой желтовато-белыми корочками и единичными фолликулитами. Введение 1 000 000 единиц пенициллина дало существенное улучшение.

Состояние больного с acne necrotica волосистой части головы после введения 1 400 000 единиц пенициллина не изменилось. Удовлетворительный результат наблюдался в одном случае с acne vulgaris при введении 1 000 000 единиц и в одном случае с acne picis при введении 1 200 000 единиц пенициллина.

Совершенно исключительный и неожиданно успешный результат был получен у больного с erythema chronicum migrans annulare. Заболевание четырехмесячной давности с гигантским эритематозным кольцом. Впервые эритема была замечена через 2 месяца после укуса клеща. В дальнейшем эритема, увядая в центре и разрастаясь эксцентрически, образовала эритематозное кольцо с неровными, местами несколько извилистыми очертаниями шириной 0,5—2,5 см. В момент первичного обследования эритематозное кольцо начиналось от правой подмышечной впадины, проходило на 3 см выше правого соска, затем пересекало в косом направлении грудину, направлялось на 2 см ниже левого соска; здесь оно прерывалось, вновь появлялось в области левой задней аксиллярной линии примерно на уровне X ребра, поднималось кверху на 3 см кнутри от внутреннего края левой лопатки, пересекало позвоночник, поднималось до IV ребра, шло почти по внутреннему краю правой лопатки, пересекало угол лопатки и, подходя к правой подмышечной впадине, замыкалось. Нижняя граница кольца начиналась от верхней границы правой

ягодицы, шла несколько ниже переднего верхнего остистого отростка гребня подвздошной кости, далее границы кольца становились неотчетливыми.

Больному было введено 800 000 единиц пенициллина парэнтерально. К концу пятых суток эритема настолько поблекла, что едва была заметна на передней и задней поверхности грудной клетки. Еще через 3 дня эритема уже не определялась.

С конца февраля 1947 г. было начато (и продолжается в настоящее время) лечение кожных болезней (по преимуществу из группы пиодермий) дюрантным пенициллином. Результаты лечения первых 14 больных (распределение по диагнозам указано выше в группе Iб) следует признать удовлетворительными. Дюрантный пенициллин вводили один раз в сутки в количестве 200 000 оксфордских единиц. Дюрантный пенициллин по сравнению с обычным более удобен и для лечащего врача, и для больного, так как не требует затраты времени для нескольких инъекций. Но инъекции дюрантного пенициллина болезненны, особенно спустя 1—2 часа после введения. Боль ощущается в ягодице, распространяется по бедру и голени. Нередко больные жалуются на боль «в ноге» и на следующий день после инъекции. Поэтому некоторые больные неохотно соглашаются продолжать лечение в течение многих дней. Обычные же водные растворы пенициллина не дают никаких побочных явлений, за редким исключением.

Наши наблюдения над местным применением пенициллина касаются пенициллиновой мази, изготовляемой аптекой поликлиники по прописи, предложенной проф. А. Б. Селисским: растительного масла (подсолнечного, хлопкового или другого) 43%, желтого пчелиного воска 5%, желатины 2%, воды 50%. В эту основу пенициллин вводят из расчета 500 единиц на 1 г мази.

Экспериментальные исследования, проведенные в Центральном кожно-венерологическом институте, показали, что мазь при содержании ее при постоянной температуре (8°) сохраняет свою активность в течение месяца и дольше.

Мазь накладывают с повязкой, сменяемой 2 раза в сутки.

Стрептогенные или иного вида импетиго, фолликулиты, пустулы, эктимы, импетигинированные экземы, язвенные поверхности фурункулов, карбункулов, сикозы и ряд других поражений под влиянием пенициллиновой мази в 1—3 дня резко улучшаются и порой становятся неузнаваемыми. Много раз удавалось больных с распространенной и достаточно выраженной формой пиодермии вылечить одной пенициллиновой мазью в течение 4—5 дней без госпитализации, хотя к последней были прямые показания.

Пенициллиновая мазь — очень экономный способ лечения: за несколько дней расходуется 5 000—15 000 единиц пенициллина. Однако не следует переоценивать действия препарата. В некоторых случаях оно выражено неясно, а при слишком длительном применении мазь может стать причиной раздражения в виде пенициллиновых аллергических сыпей. Поэтому следует согласиться с проф. Машкиллейсоном в том, что если нет улучшения болезненного процесса в ближайшие 4—5 дней, то эффекта не будет и следует перейти к другому методу лечения.

На основании изложенного следует признать, что в пенициллине дерматологи получили весьма эффективное средство для лечения пиодермий и некоторых других кожных заболеваний. Не будет преувеличением сказать, что при лечении препаратом ряда пиодермических заболеваний срок нетрудоспособности больного сокращается в 2—3 раза. Но это не значит, что следует игнорировать другие методы лечения. Разумное применение других местных средств, использование иммунобиологических методов лечения, витаминотерапии, физиотерапии, рентгенотерапии, диэтотерапии и других способов воздействия на больной макроорганизм в ряде случаев совершенно необходимо.

Выводы

1. Пенициллин — одно из наиболее эффективных средств при лечении пиодермий.

2. Имеются определенные показания для парэнтерального и местного применения пенициллина.

3. Внутримышечное введение водного раствора пенициллина в дозе 200 000 оксфордских единиц в день с суммарной дозой в 600 000—800 000 единиц обычно дает быстрый терапевтический эффект при фурункулах, фурункулезе, гидраденитах и карбункулах; при сикозе, хронической глубокой пиодермии и некоторых других хронических пиококковых заболеваниях кожи показано применение бо̀льших доз пенициллина, а также других методов лечения.

4. Пенициллиновая мазь является весьма эффективным средством при лечении ряда поверхностных форм пиодермии.

★

Майор мед. службы М. Г. ТАГИЕВ

ОПЫТ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОГО ГОСПИТАЛЯ В ПЕРИОД ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ 1941 — 1945 гг.

В системе лечебных учреждений Советской Армии инфекционные госпитали занимают особое место. Они должны строить свою деятельность так, чтобы не допускать рассеивания инфекции ни в стенах госпиталя, ни за его пределами и помогать противоэпидемической службе армии быстрейшей постановкой диагноза инфекционного заболевания и своевременной сигнализацией о нем. Следовательно, инфекционный госпиталь не может быть только местом для окончательной изоляции и лечения инфекционного больного; он должен быть звеном армейской противоэпидемической службы, помогать выявлению и особенно установлению характера эпидемического очага.

Значение инфекционного госпиталя как противоэпидемического учреждения наиболее выступает в современной маневренной войне, когда при быстром продвижении войск армейские медицинские учреждения нередко отстают от воинских частей и госпиталю приходится принимать на себя частично функции санитарно-эпидемиологического отряда.

В госпитале, сформированном нами в августе 1941 г. и в течение всей войны находившемся в действующей армии, мы строили работу так, чтобы в любых условиях, не снижая темпов приема и качества обслуживания больных при передислокациях госпиталя, создавать условия, исключающие возможность внутригоспитальной инфекции больных и персонала, а также вынос ее за пределы госпиталя. Поэтому помещения для больных сразу оборудовались с таким расчетом, чтобы можно было одновременно принимать больных минимум трех различных инфекций. В первую очередь устраивался изолятор, санитарный блок пропускного типа, дезинфекционная камера и прачечная.

При приеме больных особое внимание обращалось на полное обезвшивливание больного — у него сбривали все волосы не только на голове, лобке и в подмышечных впадинах, но и на груди, в ушах, вокруг заднепроходного отверстия и т. д. Выбритые места дополнительно обрабатывали 40% мыльно-сольвентной эмульсией. Волосы сжигали. Пол протирали 20% мыльно-сольвентной эмульсией или раствором лизола. Больной получал ванну или душ и только после этого направлялся в палату. В палатах контроль за педикулезом проводился ежедневно. Дежурная сестра, а периодически и врачи, наблюдали за этим и в истории болезни обязательно отмечали результаты осмотров.

Мы своими силами оборудовали дезинсекционную камеру. Хорошо работала построенная по нашей схеме вошебойка-землянка. В иных случаях под вошебойки приспособляли крестьянские бани.

В 1942 г. мы сконструировали передвижную паровую дезкамеру с пропускной способностью 6 комплектов обмундирования в 30—40 минут.

Потолок и стены камеры были сделаны из деревянных брусьев толщиной в 5 см, обшитых с обеих сторон фанерой. Дном служил также деревянный ящик. Стены устанавливались на верхние края ящика — дна. С внутренней стороны сте-

ны, потолок и дно дезкамеры были обиты листовым железом. Печь устанавливалась снаружи. От нее в нижнюю часть дезкамеры шла железная труба диаметром 15 см. Труба делала внутри камеры 4 поворота и выходила наружу. Вход и выход трубы перед работой обкладывали кирпичами и замазывали глиной. Непосредственно над трубой помещалась предохранительная сетка из железной проволоки, служившая и полом.

В боковой стенке дезкамеры, имеющей контрольное окно, была дверь для вноса вещей, которые развешивались на вешалки, помещающиеся у потолка. Дверь герметически закупоривалась. Температуру воздуха в дезкамере можно было доводить до 115°, экспозиция продолжалась 30—40 минут. После дезинсекции вещи извлекались через другую дверь, устроенную в стенке, противоположной той, в кото-

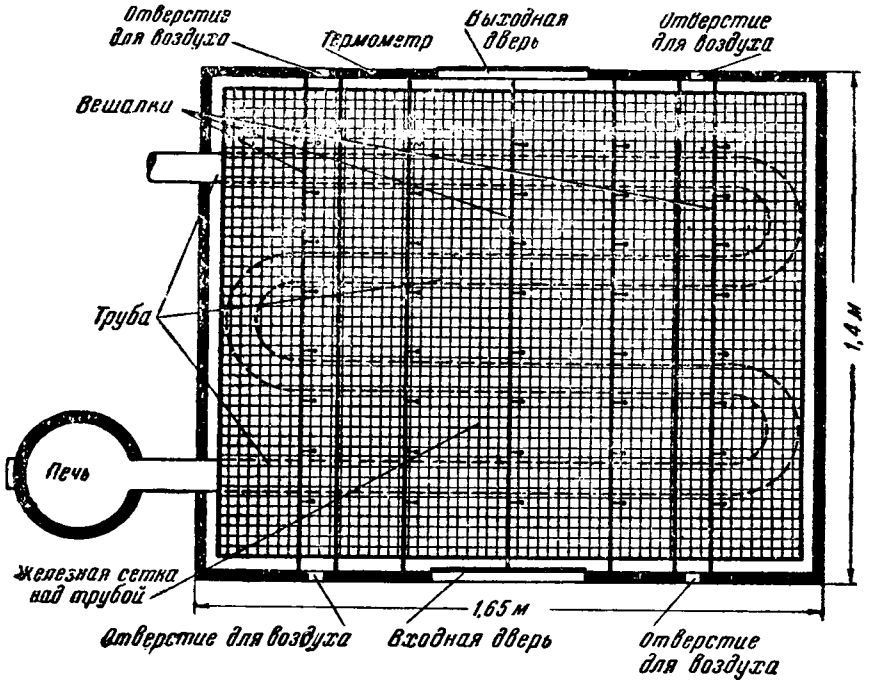


Рис. 1

рой была сделана дверь для вноса одежды. Для наблюдения за температурой воздуха с наружной стороны дезкамеры прикреплялся термометр так, чтобы нижний конец его находился внутри камеры. Эту камеру можно было уложить в два ящика, которые свободно помещались на одноконной повозке.

В наиболее ответственные моменты — при значительном поступлении сыпнотифозных больных — работу квалифицированного дезинфектора проверял специально назначенный офицер для бракеража. Следует заметить, что наши дезкамеры-вошебойки работали безупречно.

Белье больных мы стирали в своей нештатной прачечной, которую оборудовали в первые же дни работы госпиталя, так как с эпидемической точки зрения недопустимо отправлять белье инфекционных больных для стирки в армейские прачечные отряды. Имея свою прачечную, мы смогли качественно и количественно сохранить госпитальный бельевой фонд.

Транспорт, на котором привозили больных, мы подвергали дезинфекции с механической очисткой. При доставке больных сыпным тифом дезинфекционным средством служила 20% мыльно-сольвентная эмульсия, а при доставке больных с кишечными инфекциями—5% раствор нафтализола.

Когда в госпиталь поступали больные с паразитарными тифами, а также подозрительные на эти тифы, все сопровождающие в обязательном порядке проходили санитарную обработку.

Здесь следует отметить недостатки в организации транспортировки больных в инфекционный госпиталь, выступившие особенно ярко в на-

чале Великой отечественной войны и, к сожалению, изредка встречавшиеся и до последнего времени. Вследствие разбросанности воинских частей и лечебных учреждений, мы с нашим количеством санитарного транспорта могли лишь частично вывозить инфекционных больных из ПМП и МСБ «на себя» своим транспортом. Значительную часть больных доставляли в госпиталь на транспорте лечебных учреждений и даже воинских частей. С этим нельзя мириться. Для того чтобы обеспечить возможность всех инфекционных больных эвакуировать «на себя», необходимо в нужное время усиливать инфекционный госпиталь санитарным транспортом, в зависимости от стоящих оперативно-тактических задач войск и эпидемиологической обстановки. Мы порой вели настоящую борьбу с руководителями некоторых лечебных учреждений, которые с целью экономии горючего разрешали направлять в одной машине больных с различными инфекциями и, что еще хуже, иногда на попутных машинах или повозках.

Для иллюстрации небезынтересно привести факт, говорящий о вопиющем нарушении элементарных санитарных правил лечебными учреждениями системы ПЭП.

В феврале 1942 г. в наш госпиталь был доставлен больной сыпным тифом с обнаруженным педикулезом в автобусе совместно с 16 выздоровевшими бойцами, которых «попутно» отправляли в пересыльный пункт для направления в действующие части. Пришлось провести полную санитарную обработку всех этих «сопровождающих» лиц и сообщить начальнику пересыльного пункта о их тесном контакте с сыпнотифозным больным. К сожалению, отдельные случаи, подобные описанному, наблюдались и позже.

Наряду с борьбой с педикулезом, в отделениях проводилась повседневная текущая дезинфекция и борьба с мухами. Фекалии кишечных больных обеззараживались 10% раствором хлорной извести в течение 2 часов. Персонал был приучен к обработке рук дезинфекционным раствором после каждого соприкосновения с больным или его выделениями, а также к выполнению и других правил личной гигиены. В свою очередь врачи и медицинские сестры старались привить больным основные санитарно-гигиенические навыки.

За время Великой отечественной войны госпиталь имел дело с разнообразными инфекциями — сыпным и брюшным тифом, паратифами, дизентерией, инфекционной желтухой, а зимой 1944 г. — с дифтерией; бывали отдельные больные скарлатиной, корью и другими инфекциями. За все время войны не было ни одного случая внутригоспитального заражения.

Выписка больных кишечными инфекциями производилась после двукратного бактериологического исследования кала на бациллоносительство с отрицательным результатом. Кроме того, по указанию главного эпидемиолога Ленинградского фронта при лечении больных хронической дизентерией, кроме бактериологических исследований, мы широко пользовались копрологией и ректороманоскопией. Каждый больной подвергался таким исследованиям по нескольку раз. Эти методы контроля за динамикой анатомических изменений в кишечнике больного значительно облегчали диагностику, терапию и профилактику хронической дизентерии, нередко позволяли распознать дизентерию там, где клинически ее не удавалось выявить. Таким образом, дизентерийные больные-хроники выписывались из госпиталя лишь после полного клинико-анатомического выздоровления.

Для сбора эпидемиологического анамнеза, имеющего большое значение для выяснения источника заболевания, мы еще в январе 1942 г. ввели в госпитале карты эпидемиологического обследования на больных с тифозно-паратифозной инфекцией. Карты были разработаны в двух вариантах: для больных с брюшным тифом и паратифами и для боль-

ных с паразитарными тифами. На дизентерийных больных эпидемиологические сведения собирались по особой форме.

Обычно эпидемиологические карты составлялись на основании опроса больного при его поступлении. Данные опроса дополнялись сведениями, полученными от сопровождающих лиц.

Эпидемиологическая карта давала достаточно полные эпидемиологические данные о больном и облегчала сигнализацию о заболеваниях.

Придавая большое значение роли инфекционного госпиталя в ликвидации очага инфекции, мы немедленно после установления диагноза сыпного или брюшного тифа, а также при подозрении на заболевание сыпным тифом извещали об этом не только вышестоящего медицинского начальника, но и командиров соответствующих воинских частей и всех этапов санитарной эвакуации, по которым прошел больной. При остальных инфекциях командиров воинских частей извещали лишь в тех случаях, когда из части поступало несколько больных с данной инфекцией.

В ряде случаев мы не ограничивались одной письменной сигнализацией воинским частям и санитарному отделу армии о поступлении больных сыпным тифом, а выезжали в часть для подробного эпидемиологического обследования и оказания практической помощи в быстрейшей локализации очага и для предупреждения рассеивания инфекции.

Это мероприятие на наш взгляд ценно потому, что при отдаленности инфекционного госпиталя от санитарного отдела армии и СЭО оно увеличивает оперативность противоэпидемической службы.

Нередко частям приходилось помогать не только советом, но и дезинфекционными средствами, чтобы ускорить проведение нужных мероприятий. Акт обследования направлялся в санитарный отдел армии. Часто жизнь заставляла госпиталь брать на себя функцию СЭО не только по проведению эпидемиологических обследований, но и по лабораторному обслуживанию воинских частей. Лаборатория госпиталя проводила много обследований работников пищеблоков частей и учреждений на бациллоношение, систематически в течение 2 лет вела бактериологический контроль за водоисточниками, проводила для госпиталей серологические исследования и т. п.

Работая в течение 2½ лет на Волховском фронте, госпиталь зарекомендовал себя как противоэпидемическое учреждение, в котором врач части мог получить консультативную помощь.

Связь госпиталя с воинскими частями осуществлялась также посредством однодневных сборов врачей гарнизона. За 2½ года мы провели несколько сборов врачей войсковых частей по актуальным инфекциям. Во время одного сбора выяснилось, что врачи N-ского соединения задерживали у себя дизентерийных больных, рассматривая их заболевание как вульгарные кишечные расстройства, и тем самым поддерживали очаг инфекции в части. Когда же все больные были немедленно госпитализированы, заболевания прекратились — очаг инфекции был ликвидирован.

Одной из форм связи госпиталя с воинскими частями являлись также месячные курсы войсковых врачей по циклу терапевтов-инфекционистов. Эти курсы были организованы по инициативе главного терапевта фронта генерал-майора мед. службы проф. Н. С. Молчанова и под его руководством функционировали на базе нашего госпиталя полтора года.

Во время обучения врачей на курсах мы старались дать им навыки противоэпидемической работы в войсковом районе, кладя в основу указания генерал-полковника Е. И. Смирнова о том, что «разрешение такой сложной и ответственной задачи, как противоэпидемическая защита войск, требует огромной и напряженной работы всей санитарной службы Красной Армии, а это возможно только лишь при том условии, если

все без исключения медицинские работники, независимо от их специальности и занимаемой должности, будут вооружены знаниями в области эпидемиологии и диагностики, клиники, терапии и профилактики инфекционных заболеваний». Отрадно было наблюдать и слышать отзывы командования, что врачи, прошедшие курсы, работая старшими врачами полков, командирами санитарных взводов МСБ, терапевтами, неуклонно проводили в жизнь санитарно-профилактические навыки, полученные на курсах.

Как упоминалось выше, госпиталь в течение года имел изолятор на 10—15 коек с дежурной автомашиной и медицинским персоналом при санитарно-контрольном пункте Волховского железнодорожного узла.

Наш опыт показал, что организация изолятора инфекционного госпиталя на магистрали, питающей армию и фронт людскими пополнениями, — весьма ценное в эпидемиологическом отношении мероприятие, так как препятствует проникновению инфекции из тыла в действующую армию. Через наш изолятор проходили инфекционные больные, в том числе и сыпнотифозные, снятые с эшелонов. Если бы эти больные попали в боевые части, они могли бы там вызвать вспышки инфекции.

В течение Великой отечественной войны нам пришлось по эпидемиологическим показаниям 3 раза выдвигать одно отделение госпиталя для обслуживания инфекционных больных на расстояние до 120 км от нашей основной базы.

Хотя руководство и контроль за работой отделений мы сохранили, но организационно-хозяйственно его приходилось прикреплять к одному из местных госпиталей, так как санитарная техника с ее обслуживающим персоналом, аптека с ее штатом и частично лаборатория с ее оснащением и штатом оказались неделимыми. Разумеется, совершенно неделим и административно-хозяйственный аппарат госпиталя. Поэтому выдвигаемое отделение в основном занималось лечебной работой и не могло в полной мере осуществлять противоэпидемические функции.

Отделение встречало огромные трудности в деле дезобработки больных, лабораторной диагностики, проведения диэтотерапии, своевременной сигнализации, проведения эпидемиологического обследования и т. д. Все это безусловно снижало его противоэпидемическое значение.

Таким образом, наш опыт показывает, что штаты и оснащение инфекционного госпиталя нужно перестроить так, чтобы сделать возможным разделять его на две полномочные лечебно-противоэпидемические единицы, чтобы в момент, когда этого потребует обстановка, он мог полноценно обслужить инфекционных больных одновременно в двух точках.

Противоэпидемическая служба армии и фронта, в непосредственном подчинении и под руководством которой госпиталь неизменно находился (не входя в систему эвакопунктов), оснащала его всем необходимым, направляла его работу и помогла сделать наш госпиталь истинным лечебным и противоэпидемическим учреждением, сохранить специально обученные кадры медицинского персонала, автотранспорт, медико-санитарное и хозяйственное имущество.

Вещевое и продовольственное снабжение шло непосредственно через армейские и фронтовые интендантские управления и также всегда было очень хорошим.

Выводы

1. Противоэпидемическая работа в инфекционном госпитале является таким же важным звеном, как и лечебная.

2. Проведение инфекционным госпиталем в нужный момент эпидемиологической работы в очагах инфекции является эффективным про-

тивоэпидемическим мероприятием, повышающим оперативность армейской эпидемиологической службы.

3. Усиление инфекционного госпиталя санитарным транспортом, в зависимости от оперативно-тактических задач войск и эпидемиологической обстановки, обеспечивает возможность эвакуации «на себя» инфекционных больных из войскового района.

4. Штаты и оснащение инфекционного госпиталя должны быть построены с учетом возможности делить его на две полноценные единицы, могущие в нужный момент самостоятельно осуществлять лечебно-противоэпидемические функции.

5. Инфекционный госпиталь как лечебно-противоэпидемическое учреждение должен проводить консультативно-педагогическую работу среди войсковых врачей для расширения их знаний в области диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний.

6. Организация при санитарно-контрольном пункте на железнодорожных магистралях, питающих боевые части людскими пополнениями, изолятора инфекционного госпиталя является ценным противоэпидемическим мероприятием.

7. Инфекционный госпиталь должен иметь свою прачечную.

8. Работа инфекционного госпиталя наиболее плодотворна и оперативна в том случае, если он находится непосредственно в подчинении армейской или фронтовой противоэпидемической службе.

★

Майор мед. службы Н. С. ПОЛЯНСКИЙ

О ТЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ ПАЛОЧКОЙ БРЕСЛАУ У ЛЮДЕЙ

Палочке Бреслау — Bac. enteritidis Breslau — до сих пор приписывается роль одного из возбудителей пищевых токсикоинфекций. Заболевания эти клинически достаточно изучены. Они протекают в виде поносов разной интенсивности, рвот, сопровождающихся явлениями интоксикации той или иной степени. Длительность заболевания 2—3 дня.

Палочка Бреслау, как и остальные возбудители этой группы, развивается интенсивно на различных пищевых продуктах при комнатной температуре. Считается, что в организме человека эти возбудители размножаться не могут. Поэтому все сходятся на том мнении, что палочка Бреслау не может вызывать у человека общесептическое заболевание. Это мнение подкрепляется еще и тем, что обычно в ходе пищевых токсикоинфекций температура у больных остается нормальной или повышается незначительно и кратковременно. В связи с этим небезынтересно будет привести данные, показывающие, как при резком падении защитных сил организма, вследствие неблагоприятных обстоятельств, в корне меняются его взаимоотношения с инфекцией.

Излагаемые наблюдения касаются значительной группы лиц, освобожденных Советской Армией из «лагеря смерти» юго-западнее г. Гданьска. В момент освобождения эти люди находились в состоянии столь значительного истощения, что в дальнейшем часть их погибла. Кроме того, все они незадолго перенесли сыпной тиф, многие находились в стадии реконвалесценции, у некоторых заканчивался острый период, у многих к тому же имелись отморожения III степени кистей и стоп.

После госпитализации выяснилось, что некоторые из них длительное время до госпитализации, а также и после помещения на койку страдали умеренно выраженными поносами недизентерийного характе-

ра (стул за сутки 3—6 раз, водянистый, без слизи и крови) и недизентерийной этиологии (возбудители дизентерийной группы в этих случаях, как правило, не выделялись). Температура у наших больных повышалась по вечерам до 37,5—37,8°, давая по утрам ремиссии в 0,3—0,5°. У многих больных в ходе заболевания в дальнейшем наблюдалось развитие плевритов, артритов, наружных абсцессов разнообразной локализации и особенно часто тромбофлебитов нижних конечностей. Все осложнения имели вялое течение и существенным образом на температуру не влияли. У части больных температура оказалась высокой, достигала 39—40°, причем такая лихорадка длилась помногу недель, создавая впечатление тифоподобного заболевания. Надобно, однако, заметить, что настоящего «тифозного» состояния и свойственных брюшному тифу интоксикации и поражения нервной системы мы в этих случаях не наблюдали. Сознание оставалось все время ясным, сердечно-сосудистая система страдала мало.

Предполагая все же у наших больных заболевание брюшнотифозной группы, мы предприняли ряд исследований для подтверждения или исключения этого диагноза. Были произведены посевы на получение гемокультуры, а также бактериологические исследования кала и мочи. В большинстве случаев посевы не дали положительных результатов, лишь у 5 больных из крови были выделены культуры, отличавшиеся от тех, которые обычно в таких случаях высеваются (палочки брюшного тифа, паратифа А и В). При дальнейшем изучении эти культуры по биологическим и серологическим признакам были идентифицированы как палочка Бреслау. Такие же культуры были выделены у одной больной из кала и у двух из мочи. У одной из последних палочка Бреслау была одновременно выделена из кала, а также из гноя, добытого из флегмоны плеча. Еще у одной больной, у которой развилось гнойное воспаление многих суставов, из гноя была высеяна палочка Бреслау. Всего, таким образом, культура выделена у 9 больных, что составляет весьма небольшой процент к числу всех исследований. В поисках других средств для распознавания заболевания мы обратились к реакции агглютинации. У 30 больных с одинаковой клинической картиной была поставлена реакция агглютинации их сывороток с палочкой Бреслау. В качестве антигенов были взяты живые суточные культуры штаммов, выделенных от наших больных, после нескольких пассажей этих штаммов на агаре (мертвые стандартные антигены достать не удалось). Сыворотки разводились 1 : 100 — 1 : 800.

Однако мы быстро убедились в том, что и этот метод исследования не может считаться в данном случае сколько-нибудь удовлетворительным. Отрицательной реакция агглютинации оказалась и у лиц, у которых палочка Бреслау была выделена тем или иным способом из организма. Все же у двух из них реакция дала положительный результат в слабом разведении. Еще у 4 больных, у которых культуры не были выделены, реакция с палочкой Бреслау также оказалась положительной. У всех исследуемых попутно производилась агглютинация с антигенами брюшного тифа, паратифа А и В и туляремии. Положительных реакций при этих исследованиях не получено. Считая и последние 4 случая вызванными палочкой Бреслау, мы имели, следовательно, всего 13 таких больных.

Все эти 13 больных страдали поносами. Стул, как правило, был водянистым, без слизи и крови, 4—8 раз за сутки. В 2 случаях частота стула достигала 30 раз в сутки. Лихорадка у этих лиц продолжалась 6—10 недель, имея вид типичного субфебрилитета, в ходе которого наблюдались спорадические подъемы температуры выше 38°, не находившие себе объяснения в клинической картине. Иногда такие повышения температуры продолжались по 5—6 дней. Затем температура опускалась до своего обычного уровня. У одной больной имелся экссу-

дативный плеврит, у одной — бронхопневмония, у трех — фурункулез и трофические кожные язвы, почти у всех — разнородные дерматиты. У одной больной отмечен длительно текущий тромбофлебит голени. Последнее осложнение заслуживает внимания в том отношении, что среди всех больных этой группы (несколько сот человек) тромбофлебиты наблюдались в 20% и по частоте стояли на первом месте.

Со стороны крови наблюдалось падение числа эритроцитов при нормальных количествах лейкоцитов и нормальных лейкоцитарных формулах. У больных с гнойными осложнениями был умеренный лейкоцитоз.

О возможности длительного бациллоношения палочки Бреслау свидетельствует тот факт, что у одной нашей больной возбудитель выделялся из мочи еще спустя месяц после госпитализации.

При лечении этих больных мы в единичных случаях видели эффект от применения сульфидина. Препарат прекращал понос, температура возвращалась к нормальному уровню. Обычно же сульфидин влияния на понос не оказывал, состояние больных улучшалось крайне медленно. Не удавалось добиться быстрого улучшения ни введением больших доз витаминов, ни соответствующей диэтой, ни симптоматическими средствами.

Подавляющее большинство больных поправилось.

В заключение приводим типичные для этих случаев 2 истории болезни.

1. Больная К. Л., 25 лет, госпитализирована 20.III.1945 г. Алиментарная дистрофия третьей степени. На стопах, голенях и кистях отеки. Стул до 20 раз в сутки, без слизи и крови. Сульфидин, глюкоза, кофеин и пр. без результатов. С 30.III двусторонняя бронхопневмония. Повторно курс сульфидина. С 9.IV стул нормальный. Однако развился гидраденит левой подкрыльцовой ямки, перешедший во флегмону, захватившую все плечо и боковую поверхность груди до пояса. 10.IV из мочи выделена палочка Бреслау. 15.IV эта же культура выделена из кала (стул к этому времени снова жидкий). 18.IV из гноя флегмоны выделен этот же возбудитель. Смерть 20.IV. На вскрытии, кроме явлений дистрофии и энтероколита, септические эмболии в почках, септическая селезенка.

2. Больная К. М., 30 лет, госпитализирована 7.IV.1945 г. на 5-й день заболевания. Начало внезапное, головная боль, понос. Истощение второй степени, на высоте болезни стул очень частый, водянистый, лихорадка на высоких цифрах продолжалась 23 дня. На 19-й день болезни, после двух бесплодных посевов, из крови выделена палочка Бреслау. Несмотря на высокую температуру, общее состояние оставалось нетяжелым. Реакция агглютинации со всеми применявшимися антигенами отрицательная.

Выводы

1. При наличии неблагоприятных обстоятельств возможно проникновение палочки Бреслау в кровь и развитие заболевания септического типа.

2. Входными воротами могут быть как пищеварительный тракт, так, возможно, и повреждения кожных покровов.

3. В наших случаях наблюдалась довольно выраженная склонность возбудителя вызывать нагноительные процессы.

4. Явлений общей интоксикации, свойственной тифо-паратифозным заболеваниям, не наблюдалось. Все случаи протекали с поносами.

5. Методика выделения возбудителя Бреслау из организма совершенно не разработана. Необходимо дальнейшее изучение этой инфекции у человека.

★

Майор мед. службы Я. И ЯКОВЛЕВ

СПОСОБ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЧАШЕК ПЕТРИ В ПОХОДНЫХ УСЛОВИЯХ

Стерилизация бактериологической посуды, как известно, должна проводиться суховоздушным путем в специальном сушильном шкафу— «печи Пастера» при температуре 160—180° в течение 1—2 часов. Только при этих условиях гарантируется полное обеспложение посуды от вегетативных и споровых форм бактерий.

Стерилизация в автоклаве при давлении пара в 1—1½ атмосферы дает надежный результат при обеспложивании жидкостей, содержащих как вегетативные, так и споровые формы бактерий, если обеззараживание продолжается в течение 30—45 минут. Но этот способ мало или совсем непригоден для стерилизации бактериологической посуды, так как посуда покрывается влагой и часто лопается.

В походных же условиях трудно применимы оба способа стерилизации, так как автоклав перегружает походную лабораторию, а сушильный шкаф при отсутствии электроэнергии или недостаточном напряжении тока вообще нельзя использовать.

Пробирки занимают сравнительно мало места и долго сохраняют свою стерильность под ватной пробкой, поэтому в походных условиях запас их всегда можно иметь в достаточном количестве. В крайнем же случае пробирки можно стерилизовать путем прокаливания на примусе или на бензиновой горелке по способу, описанному Берманом в учебнике микробиологии. Чашки Петри более хрупки и громоздки, к тому же быстро загрязняются после стерилизации. Поэтому при массовой работе в походных условиях их приходится стерилизовать на месте.

В период Великой отечественной войны при выездах в части с походной чемодан-лабораторией мы применяли следующий способ: чашки кипятили в воде в течение 10—15 минут в эмалированном тазике или кастрюле, на дно которых предварительно помещали слой гигроскопической ваты. После кипячения чашки вынимали из воды длинным пинцетом и помещали на стол дном вверх на развернутом стерильном полотенце или салфетке. В стакан или в одну из крышек чашки наливали небольшое количество чистого спирта, пропитывали им ватный тампончик, которым обтирали внутреннюю поверхность крышек чашки, после чего крышки фламбировались на огне спиртовки.

При фламбировании крышку следует держать левой рукой вверх дном. Эту процедуру лучше выполнять в резиновых перчатках, которые также необходимо предварительно прокипятить вместе с чашками. После фламбирования чашка становится совершенно сухой, стерильной и вполне пригодной для работы, т. е. для разливки агара.

Партии чашек Петри, обработанные этим способом, мы неоднократно проверяли на стерильность путем выдерживания в термостате после заливки агаром. Лишь очень редко наблюдался в чашках пророст единичных изолированных колоний стафилококка. Это объяснялось загрязнением поверхности агара бактериями из воздуха в момент разливки. Случаи пророста обычно не превышали 3—5% от общего количества проверенных чашек.

Описанный способ стерилизации чашек Петри позволяет лаборатории в походной обстановке производить анализы на кишечную флору.

★

Инженер-майор Е. И. БАЛАШОВ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПАРА ДЛЯ ОСВЕТИТЕЛЬНЫХ ЦЕЛЕЙ

Для полевых медицинских учреждений правильное и достаточное освещение рабочего места имеет особое значение. Нарушение норм освещенности таких рабочих мест, как операционная, сортировочная, перевязочная, совершенно недопустимо.

Особенно высоких норм освещенности требует операционная и в первую очередь — операционное поле. Так, например, если для общего освещения в классах, аудиториях, лабораториях, зрительных залах и библиотеках допустима освещенность в пределах 50—75 люкс, в чертежных — на досках 100 люкс, то для освещения лечебных учреждений требуются более высокие нормы как общего, так и местного освещения (табл. 1).

Таблица 1

Наименование помещений	Наименьшая допустимая освещенность (в люксах)	
	общее освещение	местное освещение
Операционные	100	2 000
Перевязочные и приемные покои	100	600
Лечебные кабинеты	100	300
Палаты	20	—
Лаборатории и аптеки	100	300
Медицинские склады	100	—
Анатомические кабинеты	60	600

Для полевых медицинских учреждений в военное время эти нормы были значительно снижены (табл. 2).

Таблица 2

Наименование помещений	Наименьшая допустимая освещенность (в люксах)	
	общее освещение	местное освещение
Операционные	30—40	800—1 000
Перевязочные	20—25	150—250
Сортировочные	15—20	50—75
Медицинский склад и аптека	20—30	50—60
Штаб	15—20	25—30

Но и эти цифры достаточно убедительно показывают, что в отношении освещения полевые медицинские учреждения занимают особое положение и организации освещения их необходимо уделить серьезное внимание.

Между тем медицинская служба Вооруженных Сил СССР как до Великой отечественной войны, так и во время нее располагала крайне ограниченными осветительными средствами. Правда, накануне войны был разработан ряд очень удобных конструкций карбидных, бензинокалильных, керосиновых и других ламп и фонарей для местного освещения, но, к сожалению, их было недостаточно.

Электростанции с первичными двигателями внутреннего сгорания, как показал опыт Великой отечественной войны, оказались неудобными из-за трудности доставки для них жидкого топлива, и электроснабжение полевых медицинских учреждений все более сокращалось, а например, на Ленинградском фронте от него пришлось совсем отказаться уже в первый период войны.

Кроме того, для эксплоатации первичных двигателей внутреннего сгорания требуются квалифицированные кадры.

Попытки использовать твердые виды топлива путем постройки газогенераторных электростанций, работающих на древесных чурках, древесном угле, брикетах и т. п., не дали удовлетворительных результатов. Заготовка газогенераторного топлива на ряде фронтов была совершенно невозможна.

Однако положение не так уже безвыходно, как кажется на первый взгляд. Медицинская служба Советской Армии располагает громадным парком передвижных паровых котлов, являющихся генераторами пара для дезкамер и душевых установок. В связи с этим возникает мысль, нельзя ли для полевых медицинских учреждений сконструировать передвижную электростанцию с паровым двигателем.

Паровые двигатели более просты и надежны в работе, чем двигатели внутреннего сгорания, не требуют такой высокой квалификации от обслуживающего персонала, обладают более высокими амортизационными сроками. Имея паровые двигатели в качестве первичных двигателей генераторов передвижных электростанций, можно отжатый пар использовать для дезинфекции, нагрева воды и других нужд. Поэтому коэфициент полезного действия паровой электростанции с утилизацией выхлопного пара будет значительно выше, чем электростанции с двигателем внутреннего сгорания. Наиболее совершенным паровым двигателем является паровая турбина, но можно пользоваться и поршневыми двигателями, несколько модернизируя их.

Поставив перед собой такую задачу, мы решили в качестве первичного двигателя подвижной электростанции принять турбогенератор завода «Ревтруд» и, разрабатывая станцию, максимально сохранять современную конструкцию паровых котлов, которыми располагает медицинская служба Советской Армии, а также и турбогенератор.

Турбогенератор ТГ-1-50 состоит из компаундного генератора постоянного тока и сидящей на одном валу с ним паровой турбины. Общий вид турбогенератора ТГ-1-50 показан на рис. 1.

После первого опытного испытания турбогенератора, питаемого от парового котла душевой установки АДП при давлении пара не более 3—4 атм, мы смогли снять всего лишь 90 W (9%). В последующем мы пошли по линии повышения теплосодержания пара путем его перегрева, а также по линии создания устойчивого давления пара путем предварительного подогрева питательной воды (мятым паром), изменения ввода питательной воды (снизу) и замены насоса «Красный факел» насосом «Инжектор».

Эти мероприятия позволили значительно повысить съем мощности — до 500—600 W (50—60%).

В последующих опытах, наряду с повышением температуры перегрева пара до 190—200°, мы увеличили проходное сечение обратной направляющей лопатки. В результате мощность турбогенератора поднялась до 1 100 W.

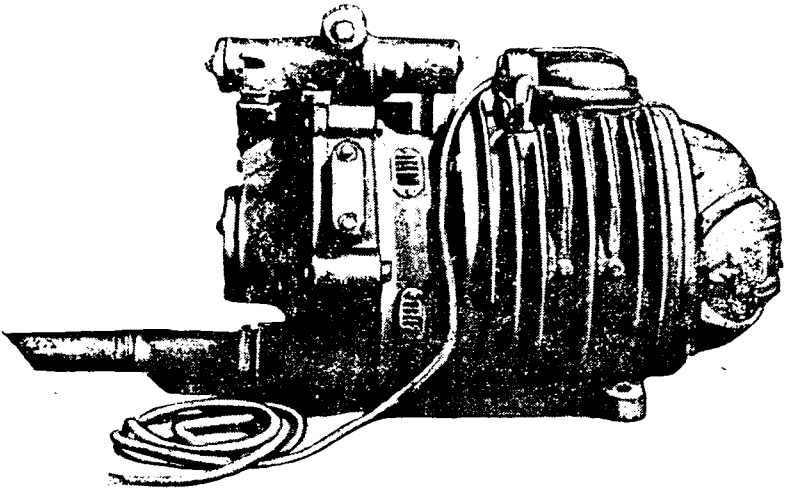


Рис. 1. Общий вид турбогенератора

Турбогенератор ТГ-1-50 характеризуется следующими данными:

Род тока—постоянный. Тип генератора—двухполюсный. Число оборотов 3 500 об/мин. Напряжение 50 V. Сила тока 20 А. Система возбуждения — компаундная. Турбина — активная, с радиальным подводом пара, с двумя ступенями скоростей. Пар — сухой, насыщенный. Начальное давление пара 10 — 15 атм. Расход пара при полной нагрузке — 100 кг/час. Регулятор — центробежный. Габаритные размеры турбогенератора: длина 6[illegible]7 мм, ширина 332 мм, высота 412 мм. Вес турбогенератора 110 кг

Данные испытаний представлены на графике (рис. 2).

Дальнейшие эксперименты показали, что выхлопной пар вполне возможно использовать для дезинфекции обмундирования и подогрева воды. Дезинфекция обмундирования выхлопным паром производилась в дезкамере ДКП. Камера была загружена 16 комплектами летнего обмундирования. Прогрев до 80° продолжался 12 минут, экспозиция при температуре 80—84° — 10 минут. Температура внутри комплектов по показаниям максимальных термометров составляла 80—84°.

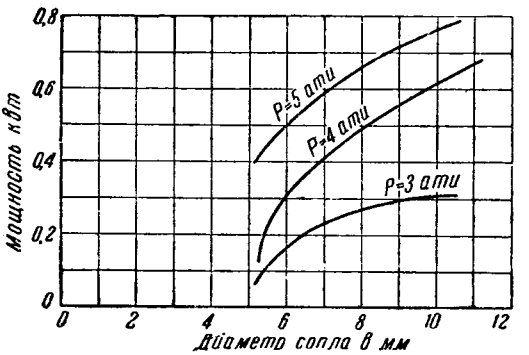


Рис. 2

Таким образом, использование пара, генерируемого в котлах передвижных санитарно-технических установок, будет более широким.

Схематически это использование можно представить в следующем виде (рис. 3).

По опыту Великой отечественной войны мы знаем, что для обеспечения основных потребностей полевых медицинских учреждений и их хирургических блоков в первую очередь достаточно иметь мощность подвижной электростанции в пределах 1 kW.

Известно также, что для обеспечения питания осветительных приборов основных хирургических блоков полевых медицинских учрежде-

ний достаточно иметь небольшие комплекты сетей на 20—25 точек, общей протяженностью до 250—300 м. Поэтому вопрос об использо-

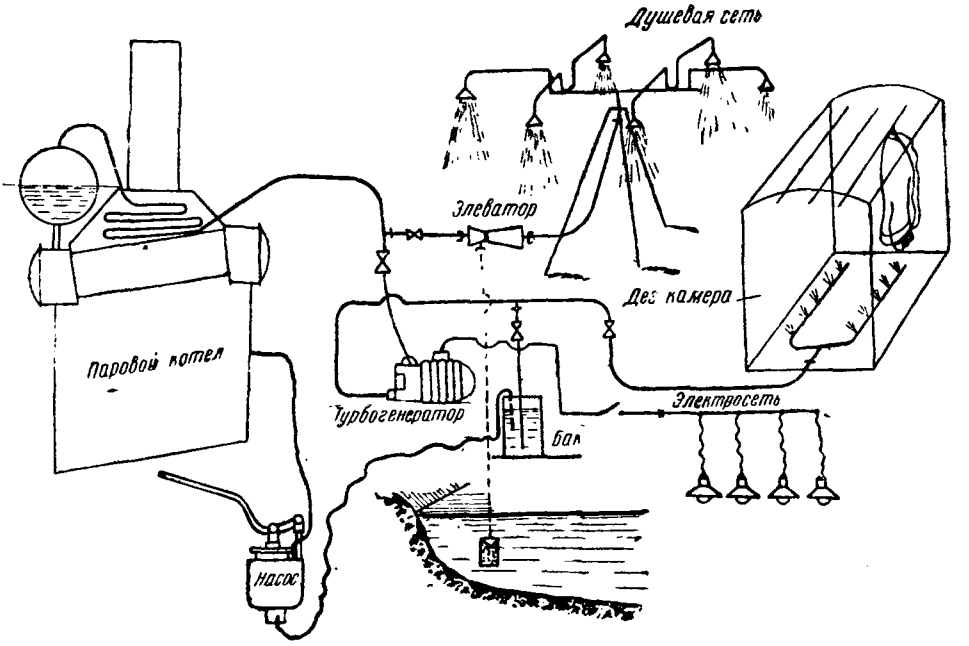


Рис. 3. Схема использования пара для санитарно-технических целей и электрического освещения полевых санитарных учреждений

вании турбогенераторных станций мощностью в пределах 1 kW для полевых медицинских учреждений становится совершенно реальным.

Выводы

1. Паровые котлы передвижных санитарно-технических установок и, в частности, душевых ОДП-2 и АДП могут быть использованы в качестве генераторов пара для передвижных электростанций мощностью до 1,2 kW. Эта мощность достаточна для освещения хирургического блока, состоящего из операционной на 3 стола, перевязочной на 2 стола и сортировочной.

2. Паровые электростанции особенно выгодны для полевых медицинских учреждений, где выхлопной пар можно использовать для дезинфекции (дезинсекции) и нагревания воды.

3. Опыты показали, что целесообразно иметь специальную паровую электростанцию (с использованием выхлопного пара) для нужд медицинской службы.

★

Подполковник мед. службы Е. М. МАРГОРИН

„ПАМЯТКА“ (MEMORANDUM) И. В. БУЯЛЬСКОГО

Из кафедры оперативной хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова (нач. кафедры — генерал-лейтенант мед. службы действ. член Академии медицинских наук В. Н. Шевкуненко)

8 декабря 1946 г. исполнилось 80 лет со дня смерти выдающегося русского хирурга и анатома прошлого века профессора С.-Петербургской медико-хирургической академии Ильи Васильевича Буяльского (1789—1866).

Военно-медицинский журнал, описывая торжество празднования 50-летия врачебной деятельности «знаменитейшего хирурга», приводит приветствие юбиляру от имени Военно-медицинского ученого комитета, начинающееся следующими словами: «Ваши заслуги человечеству всем известны и Ваше имя во врачебной практической деятельности сделалось непреложным авторитетом» [1].

Рис. 1. Лицевая сторона большой золотой медали, выбитой Медико-хирургической академией в честь 50-летнего юбилея И. В. Буяльского „на поприще службы и науки“

И действительно, занимаясь до последних дней жизни не только научной и педагогической работой, но и обширной практикой, Буяльский снискал себе уважение и известность среди всех слоев населения.

Замечательным документом его полувекового служения медицине является «Memorandum» («Памятка»), оконченная в 1864 г. Эта большая рукопись, в 275 листов, хранившаяся у потомков Буяльского как семейная реликвия, не только не была нигде опубликована, но и вообще до недавнего времени оставалась в неизвестности [2].

В предисловии к ней Буяльский пишет: «Доктору невозможно удержать в памяти все формулы и все пропорции лекарств, входящих в состав нескольких сот рецептов, которые он читал в разных медицинских сочинениях. Иной рецепт придется прописать в год или в два один только раз.

Я где что читал и прописывал больным в течении 50-летней моей практики, всегда для памяти вносил в мой «Меморандум».

Не ищите, судья, правильного оглавления болезней — оного нет. Во многих рецептах пропорция лекарства означена меньше и больше, что и предоставляется каждому врачу, по его усмотрению, прибавить—

[1] Военно-медицинокий журнал, 1864.

[2] «Memorandum» И. В. Буяльского был получен мною от его внучки А. П. Левашовой-Буяльской в октябре 1940 г. *(Е. М.)*.

уменьшить или вовсе что исключить, смотря: по сложению больного, по летам, возрасту, полу и ходу самой болезни».

Последние слова, призывающие лечить не болезни, а больного, безусловно, знаменательны. В них дана подлинно научная основа взглядов на практическую медицину и вместе с тем разгадка поразительных успехов Буяльского на врачебном поприще.

Являясь представителем старой классической русской медицины XIX столетия, врачом в широком смысле этого слова, он лечил все болезни. Об этом наглядно говорит его меморандум.

Оглавление «Памятки» содержит 78 различных наименований. В их числе представлены: внутренние и хирургические болезни, акушерские, заразные, нервные, детские, кожные, венерические, глазные и многие другие. Наряду с ними приводятся также средства от «укушения змей», «от запоя и умопомешательства от оного» и даже от «веснушек и загара», «для чернения седых волос», «от моли, клопов и вшей».

Меморандум
Доктора Е. Буяльского.

1864 Анно.

Рис. 2

Цели и рамки настоящей статьи не разрешают мне подробно остановиться на рассмотрении многочисленных средств и советов, содержащихся в «Памятке», тем более, что там их имеется около тысячи. Опуская узкие вопросы, в том числе фармако-фармацевтическую оценку материалов, я ограничусь кратким изложением только некоторых основных положений, характеризующих научные воззрения Буяльского.

Как известно, теории, господствовавшие в первой половине прошлого столетия, объясняли причину заболеваний воспалением, а последнее — результатом действия различных раздражающих факторов. Логическим следствием такого толкования главнейшего вопроса патологии было лечение, основную роль в котором играли активно действующие отвлекающие средства. К ним относились прежде всего пиявки, кровопускание, шпанские мушки и слабительные.

Буяльский являлся сторонником такого взгляда на происхождение болезней и широко пользовался в своей практике «противовоспалительными методами».

В подтверждение приведу выписку из раздела о воспалении легких. Начинается она следующим важным замечанием.

«Всякому врачу известно, что во всех активных воспалениях нашего тела самыя верныя средства: пьявки, рожки, кровопускания, горчишники, шпанския мушки, смягчающия мази и припарки. Также слабительныя».

В другом месте, говоря о лечении «воспаления сердца, желудка, кишек, печени и селезенки», Буяльский опять возвращается к этому вопросу и указывает, что «надобно употреблять пьявок, кровопускание, каломель, шпанския мушки и другия».

Особенно часто назначалось кровопускание при апоплексии. «В этой болезни, — пишет Буяльский, — первое лекарство — кровопускание из руки фунт и полтора [1], второе: пьявок в нос и на затылок 12—18 штук».

Автором приводятся даже способы «остановления кровотечения»

[1] Количество выпускаемой крови измерялось тогда на вес. *(Е. М.)*.

после пиявок, что лишний раз свидетельствует о частоте их употребления [1].

Не реже применялись во времена Буяльского и шпанские мушки. «Ломота в бедре и пояснице, ишиас и люмбаго, сильныя боли в голове, груди, лица; параличи» — вот неполный перечень показаний, имеющихся в «Памятке». Автор назначал это средство и своим детям, что видно из следующей интересной записи:

«В хроническом кашле, от переноса кори на легкие Василию И. Буяльскому прописано: 10 шпанских мущек на грудь, бока и на спину, где чувствует колотьи или тупую боль: мушки держать 2—3 дня не снимав, а после отпадения перевязать свинцовою мазью или свежим салом».

Тот же принцип отвлекающей терапии проводится и при лечении болезней печени.

«В болезнях печени, в умноженном или уменьшенном отделении желчи; в отвердении печени и происходящих от того водяной болезни, ипохондрии, меланхолии делаются ножныя ванны из селитро-соляной кислоты».

При многих нервных болезнях Буяльский довольно широко применял препараты стрихнина. Он пишет:

«В параличе половины тела, в темной воде, в запоре и недержании мочи, в мужеском безсилии, в судорогах разного рода и в пляске С. Витта назначается: спиртовая вытяжка рвотнюго ореха».

Заслуживает особого внимания глубокое заключение Буяльского об эпилепсии: «настоящая падучая болезнь, бываемая безсамосознания, всегда происходит от мозга. Без сомнения мозг и кровеносные сосуды во время припадка находятся в судорожном состоянии» [2].

Прежде всего надо заметить, что такое материалистическое толкование «падучей болезни» разделялось тогда далеко не всеми врачами. Но главное заключается в мысли о «судорожном» состоянии кровеносных сосудов как основе эпилептического припадка. Это предположение нашло свое подтверждение лишь спустя много времени в работах Шпильмейера, а затем в наблюдениях Ферстера при операциях на головном мозге. В настоящее время, как известно, большинством невропатологов признается ишемическая природа эпилептических припадков, наступающих в результате спазма мозговых сосудов (Аствацатуров, Кроль и др.).

Борьба с заразными заболеваниями, возбудители которых не были известны, составляла тогда очень трудную задачу и носила чисто эмпирический характер. Каких только не предлагалось средств в поисках лучших методов лечения. При этом врачи особенно часто обращались за помощью к народной медицине.

Естественно поэтому, что и «Памятка» Буяльского пестрит средствами, применяемыми «простыми людьми».

Так, например, подробно излагая лечение водобоязни, этого подлинного бедствия тогдашней сельской России, автор перечисляет многочисленные народные лекарства, применявшиеся в Сибири, на Украине, в Эстляндии, Арзамасе, Орловской, Саратовской губерниях и «других сторонах России». В числе их, между прочим, указываются крепкий чай из травы львиный хвост, зеленый мох и даже настой из жуков и кровь «курей».

Останавливаясь далее на «перемежающейся лихорадке» и ее лечении хиной, автор замечает, что «простой народ после лихорадочного

---

[1] Во второй половине XIX века русские врачи постепенно отходят от такого «вампиризма» и показания к кровопусканию все более начинают суживаться. Большая заслуга в этом отношении принадлежит С. П. Боткину и его передовой школе.

[2] Разрядка моя. (*Е. М.*).

пароксизма употребляет чесночный и луковый сок с водою», а «черный и белый перец от 5 до 15 зерен на прием, через три часа, в свободное от лихорадки время, не уступает хины».

Говоря подробно о лечении чахотки легких и приводя 35 различных рецептов, Буяльский настойчиво советует принимать пивные дрожжи. Среди народных средств как весьма полезные им упоминаются «осенний сок огурцов, которого надобно выпивать каждый день по полкружки», и «сельдяные молоки», принимаемые по утрам в течение месяца.

В связи с этим небезынтересно указание Буяльского о действии иодистого эфира. Он пишет, что в «бугарчатой чахотке с большею пользою можно употреблять вдыхание иодистого эфира. С начала надобно сделать 15—20 вдыханий один раз в день; а потом два раза, что достаточно будет напитать тело иодом».

Рис. 3

Из других заразных болезней Буяльским уделяется много места холере, которая при нем два раза свирепствовала в Петербурге[1] и унесла в могилу любимую его дочь Марию Ильиничну. Им перечисляются применявшиеся тогда микстуры, капли и мази, куда входили селитра, настойки корицы, валерианы, арника, отвар корня салеп и другие средства.

Интересно, что сам Буяльский во время холерной эпидемии «вытирал себе все тело несколько дней сряду, по утрам и приказывал вытирать всех детей и людей прованским и деревянным маслом»[2].

Переходя к рассмотрению хирургических глав «Памятки», необходимо заметить, что Буяльский работал в период, когда даже малые операции таили в себе роковую опасность и сопровождались большой смертностью. Поэтому хирурги прибегали к ним только в последнюю очередь, окончательно исчерпав все терапевтические пособия.

Наглядным примером может служить распространенная тогда каменная болезнь. Буяльский считался по праву лучшим оператором-литотомистом[3] и выпустил прекрасный атлас, посвященный камнесечению и камнедроблению. Однако в «Памятке» приводится 27 различных лекарств «для разрешения камней», «от камня в почках», «от зарождения мочевого камня и песка» и т. п. Как весьма полезное средство указывается, между прочим, «обыкновенная спаржа».

В ряде случаев терапевтические пособия давали хороший лечебный эффект, о чем говорит следующая запись.

«Доктор Бимберг, страдавший мочевыми камнями известкового свойства, принимал каждый день по 10 трех гран пилюли, состоящия

---

[1] В 1831 и в 1853 гг.

[2] «Друг Здравия», № 25, 1848.

[3] В музее кафедры оперативной хирургии Военно-медицинской академии хранится собранная Буяльским коллекция в 200 мочевых и почечных камней, извлеченных им во время операций и патологоанатомических вскрытий. Буяльский в 1828 г. выпустил прекрасный атлас под названием «Анатомико-хирургические таблицы, объясняющия производство перевязывания больших артерий». Кроме того, лечению аневризм была посвящена его докторская диссертация.

из однаго казанскаго мыла. Я видел у него 83 или 87 камешков. Кроме пилюль, он принимал каждый день содовую воду».

Буяльский также в совершенстве владел оперативным лечением аневризм, которые, по его мнению, «происходят от изъязвления собственных оболочек артерий». Однако в своей рукописи он приводит терапевтические средства и среди них «как самое рациональное» — раствор соляной кислоты (по 15—20 капель на прием).

При расширении вен «на ногах, в семенном канатике и яичка» автором широко рекомендуются в виде примочек различные вяжущие средства (сернокислое железо, хлористый аммоний, медный купорос и др.). Эти же примочки назначаются им и при подкожных кровоизлияниях. Последним отведено вообще много места. При кровотечениях «из носа, легких, желудка, из матки, мочевого пузыря и прямой кишки» Буяльским применялись препараты квасцов, корицы и вытяжка из «маточных рожков». Интересно, что при наружном кровотечении автор советует «примачивать и перевязывать рану раствором креозота». Последний, как известно, обладает не столько гемостатическим, сколько дезинфицирующим свойством.

Злокачественные опухоли в то время почти не оперировались. В «Памятке» приводится всего несколько рецептов, и то главным образом для «перевязывания раковидных ран». При этом автор нигде не дает им оценки — настолько, повидимому, все они были неудачными. Он пишет, что при перевязке изъязвившейся раковой опухоли «доктор Высоцкий употреблял сок, выжитый из свежих и зрелых калиновых ягод, смешанный с ровным количеством сотового перегнанного меда».

Некоторый интерес представляют записи о лечении рака отваром из свежих листьев и цветов растения «ноготки» (трава и цветы календулы). Лекарство принималось внутрь «4 раза в день по столовой ложке»; это же средство употреблялось в виде мази и пилюль. Автор отмечает далее, что отвар из растения «ноготки» с добавлением очищенного древесного уксуса применяется и для «впрыскивания» в раковую опухоль грудной железы.

Тяжелую задачу представляло лечение острых хирургических заболеваний, в частности, заворота кишок.

При «завитке кишек» Буяльский советует вначале испробовать «противовоспалительные» методы лечения (пиявки, кровопускание, слабительные, промывательные), а также «эндермическое[1] приложение» препаратов морфина.

Но если все это не помогает, то надобно «влить больному в рот полфунта и даже целый фунт живой ртути. От этого средства я несколько разов видел разрешение завитка кишек. Именно у купца Лытикова два раза и в Мариинской больнице два раза».

Буяльский подробно останавливается на лечении ущемленных грыж и рекомендует испробовать вначале терапевтические пособия. Грыжесечение считалось очень опасной операцией, и к нему прибегали лишь после того, как ручное вправление не давало результата.

«От ущемленной грыжы, — пишет он, — все первоначальные средства каждому врачу известны: 1) слабительное, 2) промывательныя, 3) припарки, 4) холодныя примочки со льдом, 5) пьявок над грыжею и на живот 12—18 штук, 6) при полном и крепком пульсе, при частой рвоте, открыть фунт или полтора фунта крови, 7) сделать ванну для всего тела и в ванне пробывать вкладывать грыжу и 8) хлороформировать 2—3 и 5 минут, и при этом тоже стараться грыжу вкладывать».

При «водяных грыжах» (гидроцеле), особенно у детей, Буяльский прописывает примочку, состоящую из водного раствора хлористого ам-

---

[1] Внутрикожное.

мония в смеси с уксусом морского лука, и замечает, что «от употребления этой примочки грыжа у детей излечивается в две и три недели». Далее, однако, автор пишет: «Радикальное лечение водянки яичка: сделать прокол — выпустить воду и внутрь впрыснуть раствор настойки иода в 3—5 частях воды».

Буяльский был в числе первых русских хирургов, настойчиво вводивших у нас эфирное и хлороформное обезболивание. Достаточно указать, что 10 августа 1848 г. (т. е. всего через десять месяцев после первого хлороформирования больного Симсоном) он уже делал операцию «8-месячному дитяти при помощи хлороформа» [1].

Трудно допустить, чтобы такой хирург, как Буяльский, решил впервые хлороформировать грудного ребенка, не имея до этого достаточного опыта над взрослыми пациентами. Подобное предположение тем более вероятно, что отношение к усыплению в те годы было весьма сдержанным, а часто и просто враждебным.

Во всяком случае, из «Памятки» видно, что наркотические вещества использовались автором часто и не только при операциях.

В разделе «Анестезические средства» Буяльский пишет: «Главное употребление хлороформа — при операциях. Хлороформ также употребляют: при спазмах, корчах, столбняке, в истерических припадках, в безсоннице, словом, во всех нервных раздражениях».

Он считает его показанным и при эпилепсии, отмечая при этом, что «трое детей в возрасте 6—8 лет, одержимые падучей болезнью, были излечены хлороформом в продолжение 6 дней, давая только нюхать».

Помимо хлороформа, Буяльский упоминает о серном углероде как о «новом одуряющем средстве», но считает его непригодным «по причине вонючего запаха». Из других обезболивающих веществ он отдает предпочтение хлорному эфиру, так как последний «действует приятно, сильно и скоро, а упадок сил от него не так велик, как при хлороформе».

В качестве курьеза можно сообщить, что Буяльский рекомендует давать нюхать хлороформ «при болтовне после пьянства».

Представляет также интерес отдел об «отмораживании членов» и общем «замерзании». Начинается он следующим советом:

«Отмороженные члены: щеки, нос, руки и ноги, надобно тот же час тереть снегом, льдом и намачивать холодною водою. Точно так же поступать должно с замерзшим и в безчувственном состоянии находящимся; а когда появятся признаки жизни, тогда надобно тело постепенно согревать».

Для перевязывания чистых ран на «отмороженных членах» он рекомендует вяжущие вещества, замечая при этом, что «в деревнях отличное средство — отвар из столченного овса или дубовой коры».

Несомненно, особый интерес имеет указание Буяльского о лечении гнойных ран после отморожения разведенным раствором хлорной извести. Я подошел к самому важному месту рукописи Буяльского, придающему ей большую историческую ценность. Речь идет о весьма широком применении Буяльским антисептического раствора хлорной извести. Он употребляет его не только при перевязывании «нечистых ран после отмораживания» и «лишаев на голове», но также при лечении чумы и «гнилостного поноса».

«От чумной заразы, — пишет Буяльский, — больному надо делать ванны из раствора хлоровой извести. Больной голову должен держать

---

[1] Буяльский так описывает наступление наркоза: «Через две минуты по начатии вдыхания, дитя опустило ручки, побледнело и начало закрывать глаза. Не теряя времени, я сделал продолговатый разрез в покровах, и дитя не оказало ни малейшего чувства, что и убедило в достаточном действии хлороформа». Военно-медицинский журнал, т. 54, 1849.

вне ванны: ванна покрывается плотно одеялами, смоченными слабым раствором поташа». При «гнилостном поносе» он рекомендует хлорную воду по 15—20 капель через два часа. Буяльский особо подчеркивает значение хлорной извести как средства, предупреждающего заражение. «Во время скарлатины, оспы, злокачественной жабы, нервных и тифозных горячек, для предохранения от заражения других и для поправления воздуха надобно два раза в день брызгать пол крепким или разведенным раствором хлорной извести».

Совершенно очевидно, что Буяльский, задолго до открытия возбудителей болезни, признавал возможность передачи инфекционного начала посредством воздуха и окружающих больного предметов.

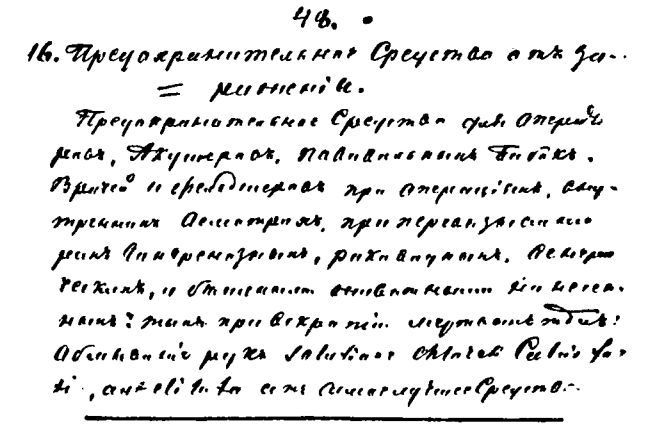


Рис. 4. Меморандум И. В. Буяльского. 48-я страница.

Более замечательно, однако, что еще до Листера Буяльский считал мытье рук хирурга перед операцией раствором хлорной извести наилучшим предохранительным средством от заражения. На 48-й странице «Памятки» читаем: «Предохранительное средство для операторов, акушеров, повивальных бабок, врачей и фельдшеров при операциях, внутренних осмотрах, при перевязываниях ран гангренозных, раковидных, венерических и бешенными животными нанесенных: так при вскрытии мертвых тел обмывание рук крепким или разведенным раствором хлорной извести есть самое лучшее средство».

Итак, Буяльский не только допускал возможность передачи болезнетворного начала путем непосредственного контакта и широко применял в своей практике обеззараживающие средства, но и настойчиво стучался в дверь хирургической антисептики, которую раскрыл потом гениальный Листер. Уже одно это обстоятельство ставит автора «Памятки» в один ряд с выдающимися представителями медицинской науки.

Правда, Буяльский говорит лишь о возможности заражения самого оператора через его руку, а не больного от руки оператора, но это не снижает исторической ценности его догадки. Да и сам Листер, как известно, в первых своих работах еще не упоминает о возможности инфицирования ран руками хирурга и только впоследствии начинает настаивать на мытье рук раствором карболовой кислоты.

Таково вкратце содержание этой замечательной медицинской рукописи середины прошлого века. Несомненно, она заслуживает более подробного изучения представителями различных специальностей.

Когда мы перелистываем теперь пожелтевшие страницы «Memorandum», перед нами встает образ крупнейшего русского врача-практика и ученого медика Ильи Васильевича Буяльского.

★

Полковник мед службы И. Д. МАКАРОВ

БИБЛИОГРАФИЯ ПО ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ ЗА ГОДЫ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ (1941—1945)

(Продолжение)[1]

18. Повреждение позвоночника и спинного мозга

Брискман Е. Я., К клинике огнестрельных ранений спинного мозга, в кн. Сборник научных трудов, в 2, Л., стр. 319—334, 1942 (Ленинградский Краснознаменный военный госпиталь).

Брискман Е. Я., Механизм огнестрельных повреждений спинного мозга как основа для оперативного вмешательства, в кн. Труды 1-й хирургической конференции N-ского РЭП 27—30 июля 1942, Б. м., стр. 214—223, 1943.

Бротман М. К., Некоторые вопросы ранней диагностики травм спинного мозга, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.

Вайль С. С., О некоторых изменениях головного и спинного мозга при острогнойных осложнениях огнестрельных ранений, в кн. Материалы по патологоанатомической боевой травме, Киров, стр. 113—116, 1943.

Вайнер М. Н., О травматических поражениях шейного отдела спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 5—6, 1941.

Варшавская Д. Я., Из опыта работы спинального отделения фронтового эвакогоспиталя, Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.

Варшавская Д. Я., Надлобковый свищ при спинальной травме, Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.

Василенко Ю. В., Клиника комбинированных спинально-плексальных травм и их лечение, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 337—345, 1943.

Василенко Ю. В., К патогенезу отдаленных синдромов при травмах центральной нервной системы, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 101—112, 1943.

Василенко Ю. В., Неврологические основания к определению посттравматических форм поражений спинного мозга и его оболочек, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 214—221, 1943.

Васильев А. И., Урологические осложнения при травме позвоночника и меры борьбы с ними, в кн. Сборник докладов 1-й Самаркандской областной научной конференции эвакогоспиталей, Самарканд, стр. 74—81, 1942.

Вегер А. М. и др., Анализ тысячи случаев военных поражений нервной системы, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, стр. 280—289, 1944.

Вельвовский И. З., Запросы нейротравматологии к лечебной физкультуре (Тезисы доклада). в кн. Лечебная физкультура при травмах военного времени, М., стр. 61—62, 1944.

Власова Е. Ф., Абсцессы спинного мозга, Хирургия, 1, 1945.

Вознесенский С. Д., Расстройства функций спинного мозга при ранениях грудной клетки без повреждений позвоночника, в кн. Сборник трудов эвакогоспиталей Московского облздравотдела, М., стр. 120—124, 1944.

Воробьев Н. Ф., Военные травмы спинного мозга, в кн. Краткое пособие по невропатологии и психиатрии для военных врачей, Уфа, Башгосиздат, стр. 16—24, 1942.

Газова О. А., Огнестрельные ранения спинного мозга и их консервативное лечение в тыловых госпиталях, в кн. Сборник научных работ эвакогоспиталей СибВО, М., стр. 331—335, 1942.

Гаккель В. М., К патологической характеристике боевого огнестрельного ранения черепа и позвоночника, Вопросы нейрохирургии, 5, 2, 1941.

Галкин В. С., Повреждения центральной нервной системы и открытые травмы черепа и мозга, в кн. Боевая травма нервной системы, Киров, стр. 35—42, 1943.

Гальчинская О. П., К применению сульфамидов при травматических поврежде-

[1] См. ВМЖ, № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

ниях центральной нервной системы, в кн. Сборник работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 34—50, 1943.
Гейманович А. И. и Золотова Н. А., Морфологические изыскания при травмах спинного мозга (Экспериментальное исследование), в кн. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, стр. 146—156, 1945.
Гейманович А. И. и Чернышева К. Н., Болевые феномены при позвоночно-спинальной травме и их значение, в кн. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, стр. 157—163, 1945.
Гейманович З. И., Военно-травматические поражения позвоночника и спинного мозга, Тюмень, 119 стр., 1943.
Гейманович З. И., К диференцировке невротравматологического материала в системе госпиталей, Госпитальное дело, 9, 1944.
Гейманович З. И., К патогенезу абдоминального комплекса при травме позвоночника, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 205—213, 1943.
Гейманович З. И., Огнестрельная травма позвоночника, Вопросы нейрохирургии, 7, 1, 1943.
Голубов Р. А., К симптоматике повреждений верхне-шейного отдела спинного мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 12, Тюмень, стр. 346—356, 1943.
Голубов Р. А., Огнестрельные ранения периферических нервов без макроскопических изменений в операционном поле, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 13, Тюмень, стр. 235—254, 1943.
Голубов Р. А., Неврологические обоснования к операциям при огнестрельных ранениях позвоночника и спинного мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 164—170, 1945.
Гольман С. В. и др., Повреждения и ранения позвоночника и спинного мозга, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 5, Калуга, стр. 28—31, 1943.
Гольфанд И. П., Опыт лечения проникающих огнестрельных повреждений позвоночника, Хирургия, 5, 1944.
Гольфанд И. П. и др., Огнестрельные повреждения позвоночника, Хирургия, 9, 1944.
Гориневская В. В., Повреждения позвоночника и спинного мозга, в кн. Гориневская В. В. и Рамм М. Г., Первая медицинская помощь при травмах военного и мирного времени, М., стр. 252—270, 1942.
Гориневская В. В., Ранения позвоночника и спинного мозга, в кн. Лечение ранений на войне, Л., стр. 279—285, 1942.
Гориневская В. В., Ранения позвоночника и спинного мозга, в кн. Лечение военных ранений, Л., стр. 295—302, 1945.
Гращенков Н. И., Огнестрельные ранения позвоночника и спинного мозга, М., Медгиз, 180 стр., 1945.
Гращенков Н. И., Оперативное и неоперативное лечение ранений позвоночника и спинного мозга, Хирургия, 5—6, 1943.
Гращенков Н. И., Ранения позвоночника и спинного мозга и методы их лечения. (Ранний и поздний периоды.), Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
Гращенков Н. И. и др., Хирургическая тактика и клиническая симптоматология при ранениях позвоночника и спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 1, 1941.
Давиденков С. Н., Основные вопросы военного невротравматизма, в кн. Труды 1-й хирургической конференции N-ского РЭП 27—30 июля 1942, б. м., стр. 187—191, 1943.
Давиденков С. Н., О содружественных параличах и парезах (при огнестрельных ранениях), Невропатология и психиатрия, 4, 1944.
Дюмент Л. В., Эпидемический церебральный менингит при ранении позвоночного столба, в кн. Помощь медработникам эвакогоспиталей, 8—9, 1942.
Жоголев Г. О., Опыт лечения пролежней при повреждении спинного мозга после огнестрельного ранения позвоночника, Медицинская сестра, 6, 1943.
Жоголев Г. О., Случай своеобразного вегетативного и корешкового синдрома при огнестрельном ранении грудного отдела позвоночника, Хирургия, 9, 1945.
Зароченцева В. И., Попытка лечения ликворреи введением воздуха, Хирургия, 4, 1943.
Захаров Н. В., Триста операций на периферических нервах, в кн. Труды госпиталей Приволжского военного округа, в. 1, Куйбышев, стр. 105—111, 1944.
Зенкевич Г. А., К патоморфологической характеристике осложнений при назоцеребральных ранениях, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 137—145, 1945.
Зильберштейн С. М., Цереброспинальная жидкость и состояние гемато-энцефалического барьера при острой закрытой травме черепа, Вопросы нейрохирургии, 2, 1941.
Зильберштейн Х. Н., Некоторые особенности патоморфологии травматических повреждений спинного мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 181—195, 1945.

Златоверов А. И., О местном и отдаленном действии травмы нервной системы, в кн. Сборник работ эвакогоспиталей Красноярского края, Красноярск, стр. 189—199, 1945; Невропатология и психиатрия, 14, 3, 1945.
Иванов Б. А., Огнестрельные повреждения центральной и периферической нервной системы. (Библиография), Госпитальное дело. 12, 1944.
Иванов К. С., Об антискапулярных абсцессах, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну. Рефераты, в. 1, М., стр. 60—62, 1944 (ГВСУ Красной Армии).
Изменения спинномозговой жидкости и крови при закрытых травмах центральной нервной системы. Сообщение 2-е, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 3, 1944.
Ильинский М. В., К вопросу терапии ликворных свищей, Вопросы нейрохирургии,, 9, 2, 1945.
Инструкция по лечению травматических повреждений позвоночника и спинного мозга в нейрохирургических эвакогоспиталях, Казань, Медгиз, 7 стр., 1942 (Главное управление эвакогоспиталей НКЗдрава СССР), в кн. В помощь лечащему врачу. М. — Казань, стр. 25—29, 1942; Инструкция НКЗдрава СССР по методам хирургического лечения в госпиталях, Горький, стр. 68—71, 1942; Сборник инструкций и указаний по лечению последствий огнестрельных ранений, М., Медгиз, стр. 19—23, 1945; Советская медицина, 10, 1942.
Караев Р. Г. и др., Комбинированное лечение травматических повреждений спинного мозга и его корешков при переломах позвоночника, Невропатология и психиатрия, 4, 1941.
Кириченков А. М. и др., К вопросу о проницаемости гемато-энцефалического барьера при травмах спинного мозга, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 6, 1944.
Кислов В. А., К вопросу о клинической диагностике острых и ранних форм боевых травматических заболеваний центральной нервной системы. (Реферат), Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Кислов В. А., Клинические особенности боевых повреждений спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 7, 3, 1943.
Коган С. А., К вопросу о функциональном лечении переломов позвоночника, в кн. Труды 2-й оборонной республиканской сессии Туркменского научно-медицинского общества, стр. 22—24, 1944.
Козырев А. А. и др., Опыт восстановления субарахноидального пространства, в кн. Сборник научных трудов Ивановского медицинского института, Иваново, стр. 166—169, 1945.
Корейша А. А., Текущие вопросы нейрохирургии во второй год Великой отечественной войны, 2-й пленум Госпитального совета НКЗдрава СССР, Вопросы нейрохирургии, 7, 3, 1943.
Корнянский Г. П., Ближайшие результаты ранних оперативных вмешательств при огнестрельных ранениях позвоночника и спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
Корнянский Г. П., Комбинированные огнестрельные ранения спинного мозга и органов грудной клетки и брюшной полости, Хирургия, 2—3, 1943.
Криницкий Я. М., К вопросу о пролапсах мозга при черепно-мозговых ранениях, Вопросы нейрохирургии, 9, 6, 1945.
Куимов Д. Г., Случай хронического негнойного спинального эпидурита (перипахименингита), Вопросы нейрохирургии, 1, 1944.
Лазарев В. Г., О военно-травматических повреждениях спинного мозга (Ауторефераты), в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, Воениздат, стр. 279—280, 1944.
Лазарев В. Г., Огнестрельные повреждения конского хвоста, Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
Лазарев В. Г., О травматических поражениях конского хвоста, в кн. Сборник работ санитарной службы СибВО, в. 2, М., стр. 336—339, 1943.
Летник С. Ф., Особенности течения травматических остеомиелитов шейной части позвоночника, Хирургия, 7, 1945.
Луковский Л. и др., К вопросу организации лечения контуженных, в кн. Военная медицина в Великую отечественную войну, в. 2, М., стр. 82—83, 1945 (ГВСУ Красной Армии).
Майкова-Строганова В. С., Контуры тел позвоночников при травмах, в кн. Рохлин Д. Р., Очерки рентгенологии ранений и заболеваний военного времени, Вологда, РЭП-95, стр. 162—170, 1945.
Майорчик В. Е., Внезапное изменение лабильности нервно-мышечного синапса при операциях на спинном мозге, Вопросы нейрохирургии, 1, 1945.
Майдельбойм А. В., Изменения спинномозговой жидкости и крови при закрытых травмах центральной нервной системы, Здравоохранение Казахстана, 10—11, 1943.
Маргулис М. С., Вопросы клиники и патогенеза закрытых огнестрельных ранений спинного мозга, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.

Маргулис М. С. и др. Нозография и патогенез поражений периферической нервной системы при огнестрельных ранениях черепа и головного мозга, Клиническая медицина, 20, 7, 1942.
Мартынов Д. А., Оперативное лечение ранений позвоночника в армейском районе, Хирургия, 4, 1945.
Никольский В. А., Об огнестрельных ранениях позвоночника и их хирургическом лечении, Вопросы нейрохирургии, 1, 1944.
Нильсон Е. А., О вегетосиндромах при военных травмах, Клиническая медицина, 23, 4—5, 1945.
Нуштаева О. С., Применение гипертонических растворов при лечении поздних проявлений закрытых травм центральной нервной системы, в кн. Труды оборонно-республиканской сессии Туркменского научного медицинского общества и Госпитального совета НКЗдрава Туркменской ССР, Ашхабад, стр. 193—195, 1942.
Овчининский Н. Н. и др., Бактериальная флора ликвора при огнестрельных ранениях черепа, Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 7—8, 1945.
Оксенгендлер С. М., О лечении посттравматического церебрального синдрома сернокислой магнезией, Советский журнал, 2, 1941.
Основы практической нейрохирургии, Л., Медгиз, 547 стр. с илл., 1943.
Первая помощь при повреждениях головного и спинного мозга, Л., Главсевморпуть, 8 стр., 1941 (Ленинградский дом санитарного просвещения).
Петров И. Р., Научная конференция по проблеме «Последствия и лечение травмы нервной системы» 25 мая 1942, Военно-санитарное дело, 9, 1942.
Петров Н. В., Повреждения позвоночника, в кн. Санитарная служба Тихоокеанского флота в Хасанской операции, Л., стр. 66—71, 1941.
Плотичер А. И., Клинические формы сурдомутизма военного времени, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 321—335, 1945.
Плотичер А. И., Лечение сурдомутизма военного времени, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 314—353, 1945.
Повреждения позвоночника и спинного мозга. в кн. Панченко Д. И. Избранные вопросы фронтовой невропатологии, б. м., стр. 97—104, 1944 (ВСУ 4-го Украинского фронта).
Погибко П. М., Этапы восстановления речи и слуха при различных формах сурдомутизма, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 336—343, 1945.
Подгорная А. Я., К характеристике спинномозговой травмы по материалам тылового нейрохирургического госпиталя, Вопросы нейрохирургии, 1, 1944.
Поленов А. Л., Несколько практических замечаний по поводу некоторых операций на содержимом позвоночного канала, Вопросы нейрохирургии, 3, 1941.
Поленов А. Л. и др., Клиника и лечение циститов при огнестрельных ранениях спинного мозга, Вестник хирургии им. Грекова, 62, 5—6, 1943.
Поленов А. Л. и др., О методах так называемой первичной обработки огнестрельных ранений позвоночника и содержимого позвоночного канала, Вопросы нейрохирургии, 1, 1941.
Положение о нейрохирургических госпиталях системы НКЗдрава СССР, Медгиз, 4 стр., 1942.
Попов Б. А., Ортопедическая помощь при травматических огнестрельных поражениях позвоночного и спинного мозга (Реферат), Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Применение кровоостанавливающих средств при ранении центральной нервной системы, в кн. Отчет о научно-исследовательской работе клиники нервных болезней ВИЭМ, М., стр. 40—54, 1944.
Применение современных электрофизиологических методов исследования при боевой травме центральной и периферической нервной системы, Невропатология и психиатрия, 1, 1944.
Проппер-Гращенков Н. И., Огнестрельные ранения позвоночника и спинного мозга, М., Медгиз, 103 стр. с илл., 1945.
Протокол № 3 научной конференции нейрохирургов 11 марта 1942 г., в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 8, Л., стр. 112—116, 1943 (СУ Ленинградского фронта).
Протокол научной конференции нейрохирургов Ленинградского фронта, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., стр. 192—196, 1944 (СУ Ленинградского фронта).
Протокол научной конференции нейрохирургов Ленинградского фронта, посвященной ранним осложнениям огнестрельных черепно-мозговых ранений, в кн. Труды эвакогоспиталей системы ФЭП-50 и лечебных учреждений армий, в. 11—12, Л., стр. 197—212, 1944 (СУ Ленинградского фронта).
Раздольский И. Я., Перинео-анальный синдром и его диагностическое значение при огнестрельных повреждениях конского хвоста, в кн. Работы ленинградских врачей за годы Отечественной войны, в. 2, Л., стр. 80—85, 1942.
Раздольский И. Я., Спонтанные и послеоперационные гнойные осложнения при огнестрельных поражениях спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 1, 1944.

Раздольский И. Я., Факторы, травмирующие спинной мозг при огнестрельных повреждениях его, в кн. Нервнопсихические заболевания военного времени, Л., стр. 77—89, 1945.
Ранения позвоночника и спинного мозга, в кн. Отчет о научно-исследовательской работе клиники нервных болезней ВИЭМ, М., стр. 55—63, 1943.
Рапопорт М. Ю., Процессы рубцевания при повреждениях мозга, Вопросы нейрохирургии, 9, 6, 1945.
Ревякин Л. П., Эвакуация, сортировка и санитарный транспорт при огнестрельных ранениях позвоночника и спинного мозга, в кн. Бондарчук А. В. Основы военно-полевой хирургии, Л., стр. 199—202, 1942.
Резолюции нейрохирургической комиссии 2-го пленума Госпитального совета Главного управления эвакогоспиталей НКЗдрава СССР о лечении повреждений центральной и периферической нервной системы, Вопросы нейрохирургии, 7, 3, 1943.
Резолюция 6-й сессии нейрохирургического совета по разделу огнестрельных ранений позвоночника и спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 8, 2, 1944.
Рисунов Б. С., Электрофизиологические наблюдения при травмах нервной системы, в кн. Экспериментальная медицина, М., стр. 137—148, 1944.
Розенберг А., Ленинградская городская конференция, посвященная вопросам травматических поражений центральной нервной системы, Советская психоневрология, 1, 1941.
Розенцвейг И. С., Рентгенодиагностика огнестрельных повреждений позвоночника, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 176—180, 1945.
Рубинштейн Я. Т., Повреждения и ранения позвоночника и спинного мозга, в кн. Военная медицина на Западном фронте в Великой отечественной войне, в. 5, Калуга, стр. 21—32, 1943.
Рыжкова, Функциональное лечение поражений центральной и периферической нервной системы, в кн. Опыт постановки функционального лечения в эвакогоспиталях, М., стр. 63—66, 1944.
Санитарная служба в дни Отечественной войны. Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, т. 1—2, Тюмень, 1943; т. 1 — 390 стр. с илл., т. 2 — 413 стр. с илл. (Труды Украинского психоневрологического института, т. 12, 13).
Саркизов С. А., Электрофизиологические исследования при боевой травме центральной нервной системы, Вопросы нейрохирургии, 6, 6, 1942.
Синегубко Л. Л., Изменение ликвора при абсцессах мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 118—123, 1945.
Сиротина Е. И., К вопросу об абсцессах спинного мозга, в кн. Труды Украинского психоневрологического института, т. 14, Харьков, стр. 171—175, 1945.
Ситенко В. М., Изменения в продукции и балансе спинномозговой жидкости под влиянием внутривенных введений гипертонических растворов, Хирургия, 7, 1943.
Схема конъюнктурного обзора нейрохирургических госпиталей и отделений, Вопросы нейрохирургии, 8, 5, 1944.
Танан Н. Г., Биохимические сдвиги в подостром периоде церебральных травм, в кн. Травмы нервной системы, Уфа, стр. 54—63, 1942.
Терпугов Е. А., К клинике и лечению огнестрельных комбинированных ранений спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 1, 1941.
Техника операций на центральной и периферической нервной системе при повреждениях военного времени. Под ред. проф. А. Л. Поленова, Л., Медгиз, 104 стр., 1941.
Травматические поражения центральной и периферической нервной системы, Харьков, 406 стр., 1945 (Труды Украинского психоневрологического института, т. 14).
Триумфов А. В., Закрытые травмы головного мозга, в кн. Боевые травмы нервной системы, Киров, стр. 31—35, 1943.
Триумфов А. В., Закрытые травмы спинного мозга, в кн. Боевые травмы нервной системы, Киров, стр. 27—29, 1943.
Триумфов А. В., Топическая диагностика заболеваний центральной нервной системы, Вопросы нейрохирургии, 4, 1944.
Триумфов А. В., Экспертиза, в кн. Боевые травмы нервной системы, Киров, стр. 42—43, 1943.
Тэриан К. Г., К вопросу об этапном лечении огнестрельных ранений позвоночника с повреждением спинного мозга, Вопросы нейрохирургии, 1, 1944.
Указания по военно-врачебной экспертизе лиц, страдающих последствиями травм центральной и периферической нервной системы, Л., 1943 (МСУ ВМ флота).
Указания по диагностике, лечению и эвакуации повреждений центральной и периферической нервной системы в войсковом и армейском районе, б. м., 23 стр., 1942 (ВСУ Северо-Западного фронта).
Успенская В. Э., Дискуссия о восстановлении функций после травмы центральной нервной системы, в кн. Военная медицина за рубежом, в. 3, М., стр. 93—99, 1942.

Фаворский Б. А., Изменения центральной нервной системы в связи с повреждением периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 13, 1, 1944.
Филиппова А. Г., Хронаксия спинальных корешков при огнестрельных травмах позвоночника и спинного мозга, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 17, 4—5, 1944; Вопросы нейрохирургии, 9, 1, 1945.
Фольборт Г. В., Комплексный анализ явлений, наблюдаемых при травмах нервной системы, Врачебное дело, 3—4, 1945.
Фрейдин Х. М. и др., К вопросу об объективной регистрации вазомоторных асимметрий при травмах спинного мозга, Бюллетень экспериментальной биологии и медицины, 1—2, 1944.
Хазанская А. И., Роль сестры в уходе за ранеными с повреждениями позвоночника и спинного мозга, Медицинская сестра, 1—2, 1945.
Харитонов С. А., Об изменениях в центральной нервной системе и в органах чувств при ранениях периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 6, 1945.
Ходос Х. Г., Травматические повреждения и огнестрельные ранения нервной системы, Иркутск, Иркутоблиздат, 207 стр. с илл., 1943. Библиогр.
Хорошко В. К., Вопросы организации комплексного лечения и восстановления трудоспособности при травматических повреждениях нервной системы военного времени, Невропатология и психиатрия, 13, 4, 1944.
Шамовская Э. З. и др., Некоторые наблюдения над изменениями спинномозговой жидкости, глазного дна и нервной системы при военных травматических поражениях головного мозга, в кн. Труды окружной хирургической конференции госпиталей СибВО, Красноярск, Воениздат, стр. 268—274, 1944.
Шарапов В. И., Острые травматические повреждения головного и спинного мозга (Клиника, патологическая анатомия и консервативное лечение), Л., 86 стр. с илл., 1941 (Сталинградский государственный медицинский институт).
Шнейдер С. Л., Материалы к вопросу о хирургическом лечении позвоночника и спинного мозга, в кн. Труды окружной хирургической конференции и госпиталей СибВО, Красноярск, Воениздат, стр. 273—279, 1944.
Штейнвиль Н. С., Боевая травма центральной нервной системы и ее варианты, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Эдельштейн А. О., Травмы нервной системы (Сессия Всесоюзного общества невропатологов и психиатров) Невропатология и психиатрия, 11, 15, 1942.
Эпштейн П. Д., Церебральные явления при огнестрельных ранениях периферических нервов, Невропатология и психиатрия, 13, 6, 1944.
Ягмени Р. М., Травматические повреждения спинного мозга и его корешков по материалам неврологического госпиталя, в кн. Сборник работ эвакогоспиталей Красноярского края, Красноярск, стр. 234—245, 1945.
Ямпольский Н., Применение цититона в нейрохирургической практике, Вопросы нейрохирургии, 9, 2, 1945.

(Продолжение следует)

★

ПОПРАВКА

В № 10 «ВМЖ» 1947 г. стр. 37, 22-я строка снизу напечатано — норлейцин, аскорбиновая кислота — следует читать: — норлейцин, аспарагиновая кислота.

ПЕРЕЧЕНЬ СТАТЕЙ, РЕЦЕНЗИЙ, РЕФЕРАТОВ И ОБЪЯВЛЕНИЙ, НАПЕЧАТАННЫХ В „ВМЖ“ за 1947 г.

Общеполитические вопросы

Приказ Министра Вооруженных Сил СССР Генералиссимуса И. В. Сталина от 23 февраля 1947 г., 2, 3—4.

XXX-летие Великого Октября, 11, 3—11.

Общие вопросы военной медицины

Лукашевич Д. Н. (генерал-майор мед. службы) и Скороходов Л. Я. (полковник мед. службы). Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова, 11, 30—38.

Макаров И. Д. (полковник мед. службы) и Акодус Я. И. (полковник мед. службы), К тридцатилетию советской военной медицины, 11, 12—25.

Маслинковский Т. И. (полковник мед. службы), Санатории и дома отдыха Вооруженных Сил СССР к тридцатой годовщине Октября, 11, 25—30.

Розенблюм Д. Е. (полковник мед. службы, проф.), Отечественная физиологическая мысль в вопросах утомления, 11, 52—61.

Смирнов Е. И. (генерал-полковник мед. службы), Памяти врача-большевика, первого организатора советской военной медицины З. П. Соловьева, 1, 3—10.

Смирнов Е. И. (генерал-полковник мед. службы), Задачи подготовки офицерского состава медицинской службы и роль КУМС в выполнении этих задач, 8, 3—15.

Фарбер В. Б. (подполковник мед. службы, доцент), С. П. Боткин — основоположник и организатор школы отечественной научно-клинической медицины, 11, 38—50.

Лечебно-профилактические вопросы

Агте Б. С. (майор мед. службы), Вопросы диагностики огнестрельных черепно-мозговых ранений в армейском районе, 10, 16—21.

Ашбель С. И. (доктор мед. наук) и Каганов И. А. (ассистент), Характеристика течения малярии в условиях военного времени, 9, 17—22.

Баев В. К. (майор мед. службы), Ранение крупных магистральных сосудов в войсковом и армейском районах, 2, 5—9.

Баев В. К. (майор мед. службы), К методике хирургического лечения крупных артерио-венозных аневризм, 2, 9—12.

Басин Я. Б. (подполковник мед. службы), Огнестрельные ранения крупных суставов верхних конечностей, 5, 3—6.

Белостоцкий Е. М. (подполковник мед. службы), Изменения калибра сосудов сетчатой оболочки глаза при подъемах в барокамере, 3, 17—20.

Беркутов А. Н. (подполковник мед. службы), Письмо в редакцию, 4, 25.

Булыгин И. И. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Опасность чревосечения при гнойных тонзиллитах и гнойных заболеваниях верхних дыхательных путей, 5, 12—13.

Бункин Н. А. (полковник мед. службы, канд. мед. наук), Повысить уровень работы медицинской службы в области физической подготовки, 7, 3—9.

Варламов В. И. (майор мед. службы), Поясничный симптом при аппендиците, 8, 16—18.

Винодаров В. Е. (подполковник мед. службы), Основные недостатки в работе госпитальных военно-врачебных комиссий, 9, 13—17.

Вишневский А. А. (генерал-майор мед. службы, проф.), Нервная система в профилактике и терапии осложнений боевой травмы, 4, 3—7.

Гололобов А. П. (капитан мед. службы), К вопросу об анестезирующих свойствах сернокислой магнезии, 5, 15—19.

Гурьев А. Н. (подполковник мед. службы), О маскировке первичной язвы сифилиса при лечении гонорреи пенициллином, 9, 11—12.

Дахновский А. К. (майор мед. службы), Глазная помощь военнослужащим N-ского гарнизона за период Великой отечественной войны по материалам гарнизонного госпиталя и гарнизонной поликлиники, 10, 7—15.

Дембо А. Г., Назарова Е. Т. и Щерба М. Л., О так называемой второй волне алиментарного истощения, 6, 9—16.

Долгопол М. Б., Некоторые особенности структуры специализированного госпиталя черепного профиля, 2, 17—20.

Долгопол М. Б., О распознавании и лечении легкой черепной травмы на различных этапах эвакуации, 2, 20—22.

Закович Р. М., Активный метод серодиагностики сифилиса, 4, 18—19.

Зангиев Т. Х. (майор мед. службы), Некоторые профилактические мероприятия при анаэробной инфекции, 6, 3—6.

Киреев П. М. (майор мед. службы, канд. мед. наук), К вопросу об острых паренхиматозных гепатитах военного времени, 1, 16—22.

Климовская В. Н. (майор мед. службы), К оценке результатов сульфидиноте-

рапии при гнойных заболеваниях роговицы, 10, 27—31.

Крейнин В. М. (подполковник мед. службы), Лечение пенициллином пиококковых заболеваний кожи, 12, 18—22.

Крупко И. Л. (подполковник мед. службы, проф.), Диагностика и терапия дремлющей инфекции в восстановительной хирургии, 7, 10—17.

Крупко И. Л. (подполковник мед. службы, проф.), Восстановительные операции в инфицированном очаге, 12, 3—8.

Лыткин В. Г. (подполковник мед. службы), Рентгенодиагностика легочных каверн при помощи суперэкспонированных снимков, 1, 11—16.

Ляпунов А. Я. (майор мед. службы), Глазной боевой травматизм в годы Великой отечественной войны, 7, 18—21.

Макоха М. С. (майор мед. службы), Острый личиночный конъюнктивит, 6, 22—23.

Марголис М. Г. (подполковник мед. сл.), Лечение слезотечения, 6, 16—22.

Мирфайзиев М. (майор мед. службы). Открытый способ лечения газовой инфекции, 2, 15—17.

Митусов А. Д. и Черномордиков В. В., Эпидемический гепатит на N-ском фронте, 3, 12—17.

Намичейшвили М. С. (капитан мед. службы), Об уплотненном курсе лечения первичного сифилиса, 5, 13—15.

Новинский Г. Д., О лечении травматических повреждений лицевого нерва по Геймановичу, 2, 32—33.

Островский М. И. (подполковник мед. службы), К военно-врачебной экспертизе ночного энуреза, 10, 22—24.

Подзолков П. Г., Материал к вопросу о раке желудка в молодом возрасте, 8, 18—20.

Полянский Н. С. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Наслоения сыпного тифа на туляремийную инфекцию, 6, 6—8.

Попов Е. Н. (подполковник мед. службы). Новая модификация костнопластической ампутации стопы по Пирогову, 2, 12—15.

Путилин Т. В. (майор мед. службы), Огнестрельные ранения бедра, 12, 15—18.

Рябко Н. А. (майор мед. службы) и Агапов Н. И. (капитан мед. службы). Из опыта организации контроля за физическим состоянием и питанием войск, 10, 3—6.

Садковский П. С. (майор мед. службы), Лечение проникающих ранений шеи в войсковом районе, 12, 9—15.

Свечников А. С. (подполковник мед. службы), Небоевой травматизм, 7, 21—26.

Серейский М. Я. (проф.), О последующих психических изменениях после военной травмы черепа и их лечении, 5, 7—12.

Снежневский А. В., Опыт работы фронтового невропсихиатрического госпиталя в Великую отечественную войну, 2, 23—31.

Смирнов К. М. (майор мед. службы, канд мед. наук), О физической работоспособности выздоравливающих после легких ранений и заболеваний, 4, 20—24.

Соколовский В. П. (полковник мед. службы, доц.), О физическом состоянии курсантов N-ского военного училища, 9, 3—10.

Соринсон С. Н. (капитан мед. службы), Сульфамидная терапия дизентерии, 10, 24—27.

Стычинский З. Л. (подполковник мед. службы), Новый метод оживления утопающего, 8, 20—21.

Суксов М. Г. (майор мед. службы), Изменения центральной и периферической нервной системы при алиментарной дистрофии, 2, 33—48.

Хохуткин И. И., Опыт лечения пенициллином гонорреи у мужчин, 10, 31—36.

Элинсон Г. И. (подполковник мед. службы), Кровоостанавливающий жгут, 1, 22—25.

Элинсон Г. И. (подполковник мед. службы), К вопросу наложения жгута, 4, 13—17.

Энтин Д. А. (генерал-майор мед. службы, проф., засл. деятель науки), Предварительные итоги лечения челюстно-лицевых раненых в Отечественной войне, 3, 3—12.

Ярославский В. П. (проф., д-р мед. наук), Об остановке кровотечения из внутренней яремной вены при высоком ранении ее, 7, 9—10.

Ясиновский М. А. (полковник мед. службы, проф.), О применении пирамидона при внутренних заболеваниях, 4, 7—12.

Организация и тактика медицинской службы

Аншелиевич Р. А. (подполковник мед. службы), Приемы перекладывания раненых в полевых условиях, 3, 21—26.

Аронов С. Н. (полковник мед. службы). Некоторые вопросы в организации работы гарнизонного госпиталя, 3, 32—35.

Георгиевский А. С. (полковник мед. службы), Медицинское обеспечение партизанской войны в Югославии, 8, 22—28.

Данков С. С. (капитан мед. службы), Контрольно-сортировочные медицинские пункты на путях эвакуации, 9, 23—25.

Исахаиов И. Г., Медицинское обеспечение дивизии при подвижной обороне и наступлении в условиях современной войны 7, 35—37.

Кобзев А. Ф. (полковник мед. службы), Некоторые вопросы лечебной и организационной работы войсковых врачей в мирное время, 11, 61—64.

Либов С. Л. (подполковник мед. службы), Организация лечения нетранспортабельных раненых во время наступательных операций, 3, 26—29.

Скворцов В. В. (полковник мед. службы), Бункин Н. А. (полковник мед. службы), Сибиряков М. А. (майор мед. службы), Основные вопросы медицинского обеспечения марша, 7, 27—34.

Шпак В. М. (майор мед. службы, канд. мед. наук), Структура и организация приемно-сортировочного отделения специализированного госпиталя фронтового тыла, 3, 29—31.

Вопросы противоэпидемической защиты войск

Замышляев Н. И. (подполковник мед. службы) и Приходько И. Ф. (майор мед. службы), К вопросу о характере сыпного тифа Квантунского полуострова, 9, 26—28.

Кожухов С. И. (инженер-капитан), Первые опыты применения дуолит-препаратов в борьбе с личинками комаров, 9, 29—31.

Полянский Н. С., О течении инфекции, вызванной палочкой Бреслау у людей, 12, 28—30.

Саввайтов С. А. (подполковник мед. службы), Пищевая токсикоинфекция, вызванная Bac. enteritidis dublin, 1, 41—43.

Соринсон С. Н. (гв. капитан мед. службы), Сравнительная оценка поливакцины НИИСИ и тривакцины, 1, 36—41.

Тагиев М. Г. (майор мед. службы), Опыт противоэпидемической работы инфекционного госпиталя в период Отечественной войны 1941—1945 гг., 12, 23—28.

Угрюмов Б. Л. (подполковник мед. службы), Некоторые особенности брюшного тифа в N-ской армии, 1, 26—32.

Юлаев С. Е. (полковник мед. службы), Проверка эффективности поливакцины НИИСИ при эпидемической вспышке брюшного тифа, 1, 33—36.

Яковлев Я. И. (майор мед. службы), Способ стерилизации чашек Петри в походных условиях, 12, 31.

Вопросы военной гигиены

Балашов Е. И. (инженер-майор), Использование пара для осветительных целей, 12, 32—35.

Гольдберг Н. Г. (полковник мед. службы), Рациональная организация водолечебниц Советской Армии, 5, 20—32.

Громов А. С. (майор мед. службы), К вопросу дезинфекции рук и посуды в походно-полевой обстановке, 1, 47—49.

Калмыков П. Е. (полковник мед. службы, проф.), Портативный (карманный) набор для хлорирования и коагуляции воды, 1, 44—46.

Калмыков П. Е. (полковник мед. службы, проф.), Приготовление витаминных настоев из хвои, древесных листьев и травянистых растений, 6, 35—47.

Калмыков П. Е. (полковник мед. службы, проф.), Простой метод определения влажности хлеба, муки, крупы и других продуктов, а также готовой пищи, 8, 35—41.

Коротков И. Л. (майор мед. службы), Бихроматный способ определения витамина С в настоях, 5, 32—34.

Либерзон З. Л. (полковник мед. службы), Предложение о стандартизации метода определения воздухонепроницаемости тканей и одежды, 4, 30—35.

Петровский К. С. (подполковник мед. службы), Качественные факторы питания, 10, 37—41.

Российский Д. М. (засл. деятель науки, проф.), Лимонник китайский — новое стимулирующее и тонизирующее средство, 8, 41—47.

Скворцов В. В. и Соколов М. К., Некоторые итоги работы по научно-медицинскому контролю за питанием и физической нагрузкой войск, 7, 38—42.

Вопросы медицинской службы ВВС

Жилкин К. Н. (полковник мед. службы), Из опыта работы санитарной авиации на N-ском фронте, 4, 26—29.

Иванов В. А. (майор мед. службы), Переломы конечностей у личного состава авиации, 6, 26—34.

Комендантов Г. Л. (подполковник мед. службы) и Левашев В. В. (майор мед. службы), Ускорения, воздействующие на летчика в полете, 8, 29—34.

Татаринов И. П. (майор мед. службы), К вопросу об организации медицинского пункта на аэродроме, 6, 24—25.

Обмен опытом

Каплан А. С. (подполковник мед. службы) и Подхвательнев П. Ф. (майор мед. службы), Серологическая и аллергическая реакция у людей в бруцеллезном хозяйстве, 4, 39—42.

Кирьянова А. И. (капитан мед. службы), Оценка стерилизующего действия спирали, предложенной для индивидуального обеззараживания воды, 3, 38—40.

Коротков И. Л. (майор мед. службы), Воздушно-паровой холодильник, 5, 46—47.

Сайков А. Д., Особенности работы партизанского врача, 4, 36—38.

Сухарев В. М. (капитан мед. службы), Носилки и стол для санитарной обработки тяжело раненых, 4, 38—39.

Царьков В. М. (инженер-подполковник, канд. техн. наук), Ремонтное обслуживание полевой санитарной техники в период Отечественной войны и очередные задачи по организации ремонтного дела, 5, 42—46.

Червонный Д. Х., Инфекционное отделение на «Малой Земле», 3, 36—37.

Шапошников А. А. (подполковник мед. службы), Мероприятия по уменьшению боевых потерь личного состава торпедных катеров, 5, 35—42.

Из истории военной медицины

Абрамов П. В. (полковник адм. службы), Инструкция по организации хирургической помощи раненым на фронте, 2, 49—56.

Еланский Н. Н. (генерал-лейтенант мед. службы, проф.), К истории организации производства хирургического инструментария в России, 6, 50—57.

Зархин И. Б., Русская морская фармакопея, 5, 55—56.

Зархин И. Б. Медицинские рукописи начала XVIII века, 9, 34—33.

Корнеев В. Л. (полковник мед. службы), Военно-медицинское дело в Отечественную войну 1812 года (к 135-летию Отечественной войны), 10, 42—48.

Маргорин Е. М. (подполковник мед. службы), «Памятка» (Memorandum) И. В. Буяльского, 12, 36—42.

Российский Д. М. (засл. деят. науки, проф.), Первая морская фармакопея, 5, 48—54.

Российский Д. М. (засл. деят. науки, проф.), Русские доктора медицины в XVII веке, 7, 47—49.

Яковлев Г. (полковник мед. службы), К истории Казанского военного госпиталя, 9, 38—39.

В Ученом медицинском совете при Начальнике ГВМУ ВС СССР

Скворцов В. В. (полковник мед. службы), В Ученом медицинском Совете. Итоги совещания гигиенической секции УМС при Начальнике ГВМУ ВС СССР, 1, 50—51.

В медицинских обществах и на научных конференциях

Совещание по проблеме лептоспирозов и инфекционных желтух, 5, 57.

Совещание по туляремии, 6, 48—49.

В УМС Министерства здравоохранения СССР, 6, 49.

В Президиуме Академии медицинских наук СССР, 7, 43—46.

Рефераты, критика и библиография

Болдырев Т. Е. (генерал-майор мед. службы, проф.) и Вашков В. И. (канд. мед. наук), О токсических свойствах ДДТ, 4, 43—54.

Попов И. Н., Венерические заболевания в американской армии, 9, 40.

Долгопол М. Б., Общие данные о ранениях черепа и помощь при них на ранних этапах медицинской эвакуации (по зарубежной медицинской литературе за 1941—1945 гг.), 8, 54—60 и 9, 50—56.

Долгопол М. Б., Рецензия на «Краткое руководство по военно-врачебной экспертизе» (под редакцией генерал-майора мед. службы А. В. Рахманова), второе издание, Медгиз, 1947 г., 184 стр., 9, 41.

Долгопол М. Б., Лечение свежих ранений черепа в госпитальной обстановке по данным зарубежной медицинской литературы за 1941—1945 гг., 10, 55—58 и 12, 50—54.

Макаров И. Д. (полковник мед. службы), Библиография по военной медицине за годы Великой отечественной войны (1941—1945 гг.), IV. Военно-полевая хирургия, 7. Шок. 8. Раны и их лечение (Абрикосов-Жухин), 1, 52—59.

8. Раны и их лечение (Заблудовский-Палладин), 2, 57—64.

8. Раны и их лечение (Палладин-Юфит), 3, 41—48.

9. Раневые инфекции (Аведисов-Мушкатин), 4, 55—61.

9. Раневые инфекции. 10. Инородные тела. 11. Отморожения (Андреева-Меркулов), 5, 58—64.

11. Отморожения, 6, 58—61.

12. Повреждения крупных сосудов (Аминев-Яковлев), 13. Транспортная иммобилизация (Анчелевич-Ярушевич), 14. Восстановительная хирургия (Александров-Эпштейн), 7, 50—59.

15. Повреждения черепа и головного мозга (Абашев-Константиновский), 8, 48—54.

15. Повреждения черепа и головного мозга (Заречнцева-Пылаева), 9, 42—49.

15. Повреждения черепа и головного мозга (Работалов-Указания), 10, 51—54.

15. Повреждения черепа и головного мозга. (Указания-Ярицын), 11, 65—68.

16. Повреждения позвоночника и спинного мозга (Аронович-Бондарчук), 11, 68 и 12, 43—48.

Неговский В. А. (проф.), Рецензия на статью подполковника мед. службы З. Л. Стычинского «Новый метод оживления утопающего», 8, 48.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Из содержания журналов «Журнал английской военно-санитарной службы» (июль—сентябрь 1945 г.) и др., 1, 59—62.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Из содержания журнала «Военный врач» (США), сентябрь—декабрь 1945 г., 1, 61—62 и 4, 61—64.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Военный врач (США), № 1, январь 1946 г. 6, 61—64.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Из содержания журнала «Военный врач» (США), февраль—июнь 1946 г., 7, 59—62.

Старокадомский Л. М. (д-р мед. наук), Обзор иностранных журналов, 8, 61—64.

Черняк С. Н. (гвардии подполковник мед. службы), О статье С. Н. Аронова «Некоторые вопросы в организации работы гарнизонного госпиталя», 10, 50.

Письма в редакцию, объявления

Братковский Р. К. (майор мед. службы), Ответ подполковнику вет. службы. т. Михайлевичу на запрос о статье «16% раствор сульфадина для парэнтерального применения» (напеч. в № 4—5 «ВМЖ» за 1946 г.), 9, 32.

Гренаус Г. И., Запрос по поводу статьи доцента П. Н. Косякова «О бациллярных свойствах поливакцины НИИСИ», 10, 49.

Косяков П. Н. (доцент), Ответ на вопросы тт. Гренаус Г. И. и Эфрон И. Б., 10, 49.

Неговский В. И. (проф.), Ответ на запрос доктора П. И. Баскакова о методике восстановления жизненных функций организма (проблема оживления), 9, 32—33.

Эфрон И. Б., Запрос по поводу статьи доцента П. Н. Косякова «О бациллярных свойствах поливакцины НИИСИ», 10, 49.

От редакции. Вниманию авторов, 12, 65.

Условия конкурса на соискание премий имени академика Н. Н. Бурденко, 7, 62—63.

Перечень статей, рецензий, рефератов и объявлений, напечатанных в «ВМЖ» за 1947 г., 12, 61.

★

ВНИМАНИЮ АВТОРОВ

Статьи, предназначенные автором к печатанию, можно посылать только в один журнал. Посылая статью одновременно в два журнала, автор должен сообщить об этом в препроводительной. Например: «В редакцию «ВМЖ», — копия в редакцию «Хирургия» и т. п. Имея такое указание, редакции журналов смогут согласовать вопрос о статье и избежать дублирования.

Рукопись должна быть перепечатана на машинке в два интервала между строками. На левой стороне надо оставлять поля. Общий объем статьи не должен превышать 12—16 страниц машинописи.

Напоминаем названия отделов, имеющихся в «ВМЖ»:

Передовые, Лечебно-профилактические вопросы, Организация и тактика медицинской службы, Вопросы противоэпидемической защиты войск, Вопросы медицинской службы ВВС, Вопросы гигиены и санитарно-химической защиты войск, Вопросы лечебной физкультуры, Подготовка кадров, Медицинское снабжение, Краткие сведения, Обмен опытом, В Главном военно-медицинском управлении ВС СССР, В Ученом медицинском совете при начальнике ГВМУ ВС СССР, В медицинских обществах и на научных конференциях, Письма редакции, Из истории военной медицины, Рефераты, Критика и библиография.

Заглавие статьи должно быть кратким и конкретным. Над заглавием статьи автору надлежит обозначить свои: воинское звание, ученую степень, инициалы и фамилию.

Иностранной транскрипцией слов и латинскими терминами статью загружать не следует.

Если в тексте упоминаются иностранные фамилии, слова или термины, необходимо давать их по-русски с обозначением в скобках их иностранной транскрипции.

Не сокращать произвольно слова и наименования. За исключением официально принятых в военной медицине сокращений, как: МСБ, ГЛР и т. п., или общепринятых, как вуз и пр., все слова текста должны быть написаны полностью.

Цитаты тщательно сверять с оригиналом и указывать их источник, название книги, страницу и пр.

Следует обращать особое внимание на четкость изложения цифровых данных.

Таблицы и диаграммы должны проверяться автором особо, так как сплошь и рядом цифры текста и таблиц не сходятся. Данные таблиц должны соответствовать данным текста.

Количество таблиц и диаграмм должно быть минимальным. Все цифровые данные необходимо давать по возможности текстуально. К оформлению цифр в таблицы или диаграммы следует прибегать только для действительно сложных соотношений.

Количество рисунков (схем) также должно быть минимальным (1—2 на статью). На обороте рисунка (схемы) необходимо обозначать его порядковый номер и соответствующую страницу рукописи. Если рисунок мал, его следует наклеить на отдельном листе бумаги.

В соответствующем месте рукописи на рисунок делается ссылка (рис. 1). На поле в соответствующем месте должна быть вынесена буква «Р» (рисунок, схема).

Каждая статья должна иметь в конце ее выводы, кратко и четко сформулированные.

Желательно получать от авторов вместе со статьями авторефераты.

Материалы, присланные в редакцию, возвращению не подлежат. Поэтому рекомендуется автору оставлять себе дубликаты.

Редакция оставляет за собой право вносить в принятые к печати материалы необходимые сокращения и изменения и в некоторых случаях давать сокращенное изложение статьи в виде оригинального реферата или в виде аннотации.

Адрес должен обозначаться не только на конверте, но обязательно и в конце самой рукописи. Москвичам необходимо, помимо адреса, сообщать телефон.

Если автор присылает в редакцию несколько своих статей одновременно или в разные сроки, — адрес должен быть указан в конце каждой статьи в отдельности.

Имя и отчество во избежание искажений при перепечатке необходимо писать не инициалами, а полностью.

О всяком изменении адреса необходимо ставить редакцию в известность.

При получении статьи редакция ставит автора в известность письмом с обозначением регистрационного номера статьи. На этот номер автору при дальнейшей переписке с редакцией надлежит ссылаться.

По выходе статьи из печати редакция высылает автору 10 экз. оттисков.

Авторский гонорар выплачивается по запросу автора Медгизом. Адрес Медгиза: Москва, Орликов пер., 3.

Адрес. «ВМЖ» — Москва, 20, 1-й Краснокурсантский проезд, 7, комн. 8.

Редакция